UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
Année 1941 — N° 27

LA MÉDECINE DE COLONISATION ET L'ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE EN ALGÉRIE

—:—

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1941

par

LEJEUNE Robert
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Diplômé d'Hygiène et de Médecine Coloniale
né le 5 Août 1911 à Azazga
(Dépt d'Alger)

MEMBRES DU JURY

M. LAFFONT, Professeur de clinique obstétricale et de puériculture du premier âge ..... **Président**

M. FERRARI, Professeur sans chaire .....
M. LACROIX, Agrégé (Médecine) ..... **Juges**
M. KEHL, Agrégé (Histologie et embryologie) .....

ALGER
Imprimerie Charry
Rue chanzy

1941

EN ALGÉRIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1941

par

LEJEUNE Robert

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Diplômé d'Anatomie et de Médecine coloniale
né le 3 Août 1911 à Azazga
(Dépt d'Alger)

MEMBRES DU JURY

M. LAMBRON, Professeur de clinique obstétricale et de puériculture en premier âge ..... Président

M. FERRARI, Professeur sans chaire

M. LACROIX, Agrégé (Médecine) ..... Juges

M. KEHL, Agrégé (Histologie et embryologie)

ALGER
Imprimerie CHARTY
Rue Charny

1941

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
Année 1941 — N° 27

LA MÉDECINE DE COLONISATION ET L'ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE EN ALGÉRIE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

—:—

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1941

par

LEJEUNE Robert

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Diplômé d'Hygiène et de Médecine Coloniale

né le 5 Août 1911 à Azazga
(Dépt d'Alger)

MEMBRES DU JURY

M. LAFFONT, Professeur de clinique obstétricale et de puériculture du premier âge ..... **Président**

M. FERRARI, Professeur sans chaire .....
M. LACROIX, Agrégé (Médecine) ..... } **Juges**
M. KEHL, Agrégé (Histologie et embryologie) .....

ALGER
Imprimerie Charry
Rue chanzy

1941

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. LEBON (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Doyen honoraire	LEBLANC (✻, ⚕, I. ⚙).
Assesseur	CABANES (✻, ⚕, I. ⚙).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Histologie et Embryologie	BENOIT (I. ⚙).
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Chimie biologique et médicale	ETTORI (A. ⚙).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ⚙, ❁, O. ✻).
Hygiène, hydrologie et climatologie	GIBERTON (✻, A. ⚙).
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. ✻. ⚕, I. ⚙).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ⚕, I. ⚙).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ⚙).
Pharmacie	MUSSO (✻, I. ⚙).
Bactériologie	PINOY (✻, I. ⚙).
Clinique psychiâtrique	POROT (I. ⚙).
Physique médicale	PORTES (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique de maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ⚕, I. ⚙).
Anatomie	DE RIBET (✻, ⚕, I. ⚙).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique ophtalmologique	TOULANT (✻, ⚕, I. ⚙).
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Médecine légale	N...
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N...
Clinique médicale et hygiène infantile	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✻, ⚕, I. ⚙). — M. LEBLANC (✻, ⚕, I. ⚙).
M. COURRIER (✻, ⚕, I. ⚙). — WEBER (✻, ⚕, I. ⚙).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (✻, ⚕, I. ⚙), agrégé pérennisé (Obstétrique).
M. FERRARI (✻, I. ⚙). agrégé (Chirurgie)

AGREGES

Accouchements	MM. JAHIER.
Médecine	LACROIX (A. ⚙).
	THIODET (⚕).
	SARROUY (✻, ⚕).
Histologie	KEHL.
Chirurgie	CURTILLET.
	GOINARD.
	SABADINI (A. ⚙).
Anatomie pathologique	N...
Anatomie	N...
Chimie médicale	N...
Histoire naturelle pharmaceutique	ROQUES (A. ⚙).
Physiologie	N...
Pharmacie	MONNET.

AGREGES LIBRES

Physiologie	MM. BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ⚙).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni a favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'oppobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A Mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur LAFFONT

Professeur de Clinique obstétricale
et de puériculture du premier âge

Avec l'hommage respectueux de ma reconnaissance pour la courtoisie de son accueil et l'honneur qu'il m'accorde en acceptant de présider cette thèse.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur FERRARI

Professeur d'Anatomie chirurgicale et de Médecine opératoire
Chirurgien des Hôpitaux

Avec l'expression de ma respectueuse gratitude pour la bienveillance qu'il m'a témoignée.

Monsieur le Professeur Agrégé LACROIX

Médecin des Hôpitaux

En le priant de bien vouloir accepter l'hommage de ma vive reconnaissance et de ma respectueuse sympathie.

Monsieur le Professeur Agrégé KEHL

Je le remercie bien vivement de l'honneur qu'il me fait en acceptant de juger ce travail.

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux d'Alger

A Monsieur le Docteur R. MAIRE

Professeur de Botanique à la Faculté des Sciences d'Alger

Avec ma fidèle affection.

A mon Maître, Monsieur le Docteur H. SCHAEFFER

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

Avec ma profonde gratitude pour la bonté qu'il m'a témoignée.

A mon Maître, Monsieur le Docteur G. MAINGOT

Electro-Radiologiste de l'Hôpital Laënnec de Paris

Dont la sollicitude m'a inspiré une reconnaissance et une affection très respectueuses.

A Monsieur le Docteur LARTIGUE

Chef des Services Techniques de la Sous-Direction de la Santé Publique au Gouvernement Général

Avec toute ma gratitude pour son bienveillant accueil et pour les indications précieuses qu'il a bien voulu m'apporter.

A Monsieur le Docteur J. GRENOILLEAU

En témoignage d'affection et de reconnaissance pour les conseils et pour l'exemple qu'il m'a donnés.

Au Docteur H. JOUANNEAU

Avec mes remerciements pour son amicale collaboration.

A mes meilleurs amis et camarades d'études,

Le Docteur G. LHERMET

Auquel me lient tant de souvenirs communs.

et le Docteur Y. FONTENEAU

Que je remercie très affectueusement de l'aide patiente apportée dans ce travail.

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Pendant plus de deux ans nous avons assuré de nombreuses suppléances médicales dans plusieurs villages de France. Durant cette période, nous sommes revenu quelquefois en Algérie, dans notre village natal : nous y avons remplacé le médecin de colonisation à l'occasion de ses congés réguliers, de ses périodes militaires ou dans les cas d'urgence quand il était momentanément éloigné.

Puis nous avons été appelé à remplir les fonctions intérimaires de médecin de colonisation : pendant 5 mois à Port-Gueydon et 7 mois à Boghni.

Enfin nous avons suivi les cours de l'Institut Colonial de la Faculté de Médecine d'Alger.

Ainsi, nous avons pris contact d'une façon approfondie avec la médecine de colonisation. Une comparaison s'est faite dans notre esprit entre les fonctions du médecin de France à la campagne, et celles du médecin de colonisation en Algérie. De plus, grâce à la collaboration étroite de notre ami le Docteur Grenoilleau, médecin de colonisation de longue expérience, nous nous sommes fait une idée générale de la profession.

L'exposé d'une étude d'ensemble nous a été suggérée par M. le Professeur Laffont, qui s'intéresse depuis si longtemps aux progrès matériels et intellectuels des indigènes, et qui a déjà tant fait pour l'amélioration du problème médical indigène en Algérie.

Aussi nous proposons-nous de retracer d'abord *l'historique* de l'assistance médicale et du service médical de colonisation, de 1830 à nos jours.

Nous évoquerons ensuite les *mœurs médicales des indigènes en Algérie* qui nécessitent une adaptation à la mentalité indigène.

Puis nous développerons l'organisation et le fonctionnement du service médical de colonisation :

les circonscriptions médicales,
le personnel médical de la circonscription,
l'assistance médicale dans la circonscription,
l'assistance sociale dans la circonscription.

Nous examinerons plus particulièrement l'assistance aux indigènes, qui reste encore incomplète du fait de l'étendue des circonscriptions et du nombre des indigènes.

Nous tenterons enfin un *aperçu critique* de l'organisation médicale actuelle qui nous paraît susceptible d'améliorations.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

« Il n'est pas de fait plus solidement établi que l'efficacité du rôle du médecin, comme agent de pénétration, d'attirance et de pacification. »

LYAUTEY.

Lors du débarquement français en Algérie, en 1830, il n'existait aucune trace d'organisation médicale du pays. « *Le beylick ne s'occupait que de ses janissaires qu'il faisait soigner par des médecins venus de Constantinople ou d'Egypte* ». (H. SOULIÉ) En dehors de quelques médecins maures, aux connaissances surtout empiriques, la population musulmane était aux mains de matrones et de marabouts-guérisseurs. Les « moristans », des espèces d'asiles annexés aux mosquées, sans médecins ni médicaments, recevaient les infirmes, les vieillards, les mendiants et les fous. Les malades y étaient entassés en cas d'épidémie.

Cependant la médecine inspirait confiance et était respectée, en particulier quand elle était pratiquée par des Européens. Quelques rares médecins chrétiens avaient été conduits dans la Régence par leurs voyages ou capturés par les corsaires. Ils avaient été traités avec considération. Un médecin français, le docteur Oudras, s'était même établi à Alger en 1803. Le Capitaine Rozet, dans son « *Voyage dans la Régence d'Alger* » dit qu'il y avait

à Alger, avant notre intervention, une pharmacie ou plutôt une droguerie bien montée, tenue par des Maures.

En 1830, le Service de Santé de l'Armée assura d'abord à lui seul la lourde charge de l'assistance médicale des populations.

Un début d'organisation civile fut rapidement établi à Alger et dès le 31 Décembre 1830 un emploi de médecin était créé par la Municipalité. En 1832, l'hôpital militaire Caratine, situé rue Bab-Azoun, sur l'emplacement des magasins des « Deux Magots », fut cédé à l'administration civile et devint l'hôpital civil d'Alger. Puis un arrêté du 12 Septembre 1832 de l'Intendant civil portait règlement de l'exercice et de la discipline de la profession de pharmacien en Algérie.

De nombreux Européens avaient bientôt suivi le corps expéditionnaire et venaient tenter fortune en Algérie. Parmi eux ne tardèrent pas à se glisser quelques officiers de santé français et quelques médecins étrangers. Le nombre des immigrants s'éleva encore lorsque le principe de l'occupation restreinte, d'application impossible, fut abandonné pour l'occupation générale et la colonisation du pays.

Pour prévenir les abus et pour favoriser l'organisation d'un corps médical civil, le Gouverneur général prenait, le 15 Janvier 1835, un arrêté portant réglement de la profession d'officier de santé et de pharmacien dans les Possessions françaises du Nord de l'Afrique, et organisant la réception des aspirants à ces titres devant une Commission instituée à Alger. L'Intendant civil prenait, le 10 Mars 1835, un arrêté prescrivant la publication des dis-

positions pénales applicables à l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie et ordonnant le contrôle des pharmaciens, droguistes et épiciers d'Alger.

Puis, au bout de quelques années, les premiers essais de peuplement étaient tentés dans l'intérieur. Des colonies étaient installées à Cherchell, Blida et Coléa en 1840. Et c'est « *l'arrêté du Gouverneur Général Bugeaud du* 18 *Avril* 1841, *concernant la concession des terres et la formation des centres de populations qui donna, après les tâtonnements des premières années, une impulsion décisive à la colonisation officielle* », (PESTEMALDJOGLOU). A partir de Janvier 1842 de nombreux colons se fixaient dans les villages qui se construisaient près d'Alger : Drariah, Douéra, El-Achour, Aïn-Fouka, Chéragas, Birkadem, etc. (1)

L'assistance médicale s'organisait alors dans les campagnes. Le docteur Pouzin avait créé une ambulance à Boufarik, en 1835, mais elle avait dû être abandonnée en 1839, au moment de la grande offensive d'Abd-el-Kader. Presque tout le mérite de l'organisation devait revenir à l'Administration militaire qui édifiait dans ce domaine une œuvre admirable : en 1845, elle ne comptait pas moins de 418 médecins officiers, 38 hôpitaux et 3 établissements thermaux ; elle avait la première réalisé l'assistance médicale indigène avec de nombreuses consultations gratuites dans tous les hôpitaux et près des Bureaux arabes. Cependant si les officiers du service de Santé pouvaient encore suffire aux besoins de territoires faiblement peuplés dans l'intérieur, ils avaient une tâche de jour en jour plus écrasante

(1) A titre indicatif voici quelques dates : Drariah, 10 Janvier 1842 ; Douéra, 17 Mars-30 Décembre 1842 ; El-Achour, 20 Avril 1842.

dans les régions livrées à la colonisation où la population européenne augmentait constamment, malgré des conditions d'hygiène souvent insuffisantes et une proportion élevée de malades.

Ces difficultés d'ordre médical se retrouvaient dans l'ordre administratif. Dans un Rapport au Roi, en Avril 1845, le Ministre de la Guerre soulignait la nécessité de distinguer en Algérie trois zones : Une *zone civile* où la sécurité était complète et où la population civile européenne, assez dense, avait des ressources suffisantes pour permettre l'organisation de tous les services publics. Une *zone* mixte où la population civile européenne, encore peu nombreuse, avait des ressources propres mais insuffisantes pour rendre possible une organisation civile complète. Enfin une *zone militaire* où la population européenne était infime et où la sécurité exigeait une surveillance plus forte.

L'organisation médicale des zones civile et militaire était réalisée avec des médecins libres dans la première — dans les mêmes conditions que dans la Métropole — et des médecins militaires dans la deuxième. Mais l'organisation de la zone mixte restait à déterminer et préoccupait le Gouvernement : en effet, installés dans des concessions nouvellement créées, souvent décimés par le paludisme, la fièvre typhoïde, le typhus, les colons étaient parfois réduits à vivre d'avances ou de secours du Gouvernement et ils étaient incapables d'honorer le médecin. De plus ils étaient très disséminés, entourés d'indigènes sans ressources eux aussi. Toutes ces difficultés empêchaient l'établissement de médecins civils. Il fallait donc donner un traitement aux praticiens

pour leur permettre de se fixer dans ces régions encore déshéritées.

Par ces mesures, le Gouvernement pouvait espérer obtenir une amélioration de l'état sanitaire du pays, mais il comptait aussi « *sur le dévouement professionnel et l'influence morale des médecins de l'Algérie pour la civilisation des arabes et pour l'affermissement de la civilisation française en Algérie* ». (Congrès médical de 1845).

Par décision du 12 *Avril* 1845, *le Ministre de la Guerre prescrivait donc l'organisation d'un service spécial chargé de visiter gratuitement les colons, de leur délivrer des médicaments, et de les faire conduire dans l'hôpital le plus voisin lorsque leur état l'exigeait.* Des circonscriptions rurales étaient déterminées, elles étaient au nombre de 13 : 3 dans le district d'Alger, avec 3 médecins résidant à Birkadem, Dély-Ibrahim et au Fondouk; 2 dans le district de Douéra, avec 2 médecins résidant à Douéra et Mahelma ; 4 autres respectivement à Coléa, Boufarik, Blida avec résidence du médecin à Montpensier et Cherchell ; enfin une circonscription dans la banlieue de Philippeville, une à El-Arrouch et les deux dernières dans les banlieues de Bône et d'Oran avec résidence à Misserghin. Les médecins recevaient un traitement de 1.200 francs par an et une indemnité de cheval de 500 francs. De plus des ambulances et des pharmacies étaient établies au Fondouk, à Douéra et Coléa. Dans les autres localités les malades civils étaient traités dans les hôpitaux militaires.

En même temps, par ordonnance du 15 Avril 1845, l'Algérie était partagée en trois provinces, divisée chacune en territoire civil, territoire mixte et territoire arabe. *Le territoire mixte, zone de tran-*

sition, était destiné à devenir territoire civil avec le développement de l'élément européen.

Par la suite des mesures complémentaires venaient renforcer la nouvelle organisation médicale des territoires mixtes. Les médecins *ruraux* étaient astreints à de fréquentes tournées dans les villages. Ils devaient adresser tous les mois au Directeur de l'Intérieur un rapport sur les établissements de toute nature, villages ou exploitations particulières, compris dans leur circonscription, faisant connaître la nature et les causes des maladies régnantes, le nombre des décès, enfin les diverses mesures utiles à prendre pour améliorer l'état sanitaire du pays. Chaque année, un rapport d'ensemble constatant l'état des divers centres de population devait être transmis au Ministre de la Guerre. Enfin les médecins *ruraux*, ainsi que ceux des ambulances et hôpitaux civils, étaient astreints à la tenue d'un journal sur lequel ils enregistraient le lieu de leur séjour, les points géographiques qu'ils avaient visités et les principaux faits qu'ils avaient observés.

Les résultats furent excellents. De rapides progrès furent constatés dans le traitement des malades civils, malgré les craintes conçues à propos des émigrations considérables dirigées de France sur l'Algérie (46.180 arrivées en 1845).

Les bases du fonctionnement actuel du service médical de colonisation étaient ainsi posées et l'organisation médicale allait poursuivre ses progrès.

En 1848, tandis que dans les grands centres les hôpitaux s'agrandissaient et se multipliaient — une succursale de l'Hôpital d'Alger s'établissait à Dély-Ibrahim, les hôpitaux d'Oran et de Constantine étaient créés, sept dispensaires étaient fondés — et

tandis que des consultations gratuites étaient instaurées dans ces hôpitaux, des infirmeries étaient créées dans tous les villages qui ne se trouvaient pas à proximité d'hôpitaux civils ou militaires. Les circonscriptions médicales étaient augmentées, leur nombre passait à 16, puis à 21 en 1851 ; certaines d'entre elles étaient modifiées.

En outre, l'Algérie était partagée en conservations et circonscriptions vaccinales pour la propagation de la vaccine dans la population indigène et européenne.

Cependant l'Administration préparait une réorganisation du service médical.

Tout d'abord un décret du 12 Juillet 1851 réglementait l'exercice de la médecine et de la chirurgie: nul ne pouvait désormais exercer, en Algérie, la médecine, la chirurgie et la profession de sage-femme, s'il n'avait été examiné et reçu dans les formes prescrites par la législation métropolitaine.

Les médecins et chirurgiens gradués par les Universités étrangères, les officiers de santé et les sages-femmes reçus par les jurys médicaux de France, *ne pouvaient exercer en Algérie qu'en vertu d'une autorisation spéciale du Ministre de la Guerre. Mais ces dispositions n'étaient pas applicables aux indigènes musulmans et israélites, qui pratiquaient la médecine, la chirurgie ou l'art des accouchements à l'égard de leurs coreligionnaires.*

L'exercice de la pharmacie était aussi réglementé par un décret du même jour portant des dispositions analogues.

En 1852 un service médical gratuit de consultations et de visites à domicile était créé à Alger spécialement pour les indigènes qui avaient toujours

montré une certaine répugnance à accepter l'hospitalité qui leur était offerte depuis 1847 dans les hôpitaux civils et militaires.

Enfin, en 1853, le service médical de colonisation était réorganisé.

Le service tel qu'il fonctionnait avait « *servi les progrès de la colonisation et les bons résultats qu'il avait produits témoignaient assez de son utilité et de la nécessité de son maintien. Toutefois, faute d'une réglementation spéciale déterminant nettement ses attributions ainsi que ses rapports avec les colons et l'autorité, il ne fonctionnait pas, jusqu'en* 1853, *avec cette régularité et cette unité qui doivent caractériser toute institution publique. Il y avait là une source d'inconvénients et d'abus qu'il importait de faire disparaître et cet état de choses préoccupait depuis longtemps le département de la Guerre. Après plusieurs projets élaborés avec le plus grand soin par les autorités locales, le Conseil de Gouvernement et le Comité consultatif de l'Algérie, le Maréchal-Ministre de la Guerre prenait, à la date du* 21 Janvier1853, un arrêté portant réorganisation du service médical de colonisation...

...*Le régime nouveau améliorait d'une façon très sensible la position des médecins* coloniaux *en leur assurant un traitement de* 2.000 *francs qui n'excluait pas pour eux le droit de se faire une clientèle payante parmi les colons aisés de leur circonscription.*

D'un autre côté, en n'admettant que les docteurs en médecine aux fonctions de médecins coloniaux, *il tendait à fortifier un corps que l'intrusion de praticiens pourvus de titres insuffisants, n'avait pas toujours tenu à la hauteur de la science et des*

besoins de la santé publique.

Enfin, en fixant avec précision les attributions, les droits et les obligations des médecins de colonisation, il assurait la régularité, l'exactitude et le facile fonctionnement du service. » (Tableau de la situation des Etablissements français dans l'Algérie).

Le règlement du 21 Janvier 1853 était complété par un second arrêté ministériel du 5 Décembre suivant qui déterminait les circonscriptions médicales de colonisation. Leur nombre était fixé à 60, elles s'étendaient sur le territoire civil et le territoire militaire (les territoires mixtes avaient été supprimés en 1848), et se partageaient ainsi :

— 22 dans le département d'Alger : 14 dans le territoire civil, 8 dans le territoire militaire ;

— 19 dans le département d'Oran : 9 dans le territoire civil, 10 dans le territoire militaire ;

— 19 dans le département de Constantine : 10 dans le territoire civil, 9 dans le territoire militaire.

Provisoirement, dans les territoires militaires, les circonscriptions devaient être desservies par des officiers de santé de l'Armée qui devaient recevoir une indemnité de 25 ou 50 francs par mois suivant les circonscriptions. L'article 5 fixait l'uniforme des médecins de colonisation : le même que celui des aides-majors de l'Armée, sauf que les broderies devaient être en argent et que les boutons, en argent ou en métal argenté, devaient porter en légende, autour de l'emblème habituel : « Médecin de colonisation ». Le pantalon devait être en drap bleu, sans bande, ni passe-poil.

Un arrêté du Gouverneur Général du 20 Décembre 1853 réglait les tournées des médecins de colo-

nisation, le tarif des honoraires qui leur étaient dus par les personnes non indigentes (1), le mode de fourniture des médicaments et, quand il y avait lieu, leur remboursement.

De nombreux arrêtés modifiaient par la suite les circonscriptions, en créaient de nouvelles, fixaient l'indemnité de cheval du médecin.

En 1858, il y avait 272 communes en Algérie : 236 en territoire civil et 36 en territoire militaire. Correspondant à l'étendue de ces communes il y avait un total de 69 circonscriptions médicales : 42 en territoire civil et 27 en territoire militaire. Le nombre total des médecins civils exerçant en Algérie était de 108 : 106 en territoire civil et 2 seulement en territoire militaire.

Mais si l'assistance médicale avait la première répondu à la nécessité d'une organisation spéciale à la limite des zones civile et militaire, et si elle s'était développée sans modifier ces cadres, l'administration civile, partie des mêmes bases, avait fait l'objet de nombreuses variations et avait plusieurs fois perdu de vue la nécessité d'une zone mixte. En 1875 cependant elle s'arrêtait à nouveau à cette conception, et l'arrêté du 24 Décembre du Gouverneur général Chanzy donnait leur forme définitive aux communes mixtes qui venaient se superposer aux circonscriptions médicales.

Dès lors l'Algérie se partageait en *communes de plein exercice* (territoire civil) où exerçaient des *médecins libres*, *communes mixtes* où exerçaient des *médecins de colonisation*, et *communes indigènes* dans les territoires militaires avec des *médecins militaires*.

---

(1) A moins de 6 km : visite de jour 1 franc, visite de nuit, 2 francs. A plus de 6 km : 1 fr. 50 de jour, 3 francs de nuit.

La circonscription médicale et la circonscription administrative mixte, exactement adaptées aux besoins de la colonisation, s'unissaient pour une œuvre identique d'éducation et de prospérité. Toutes deux allaient s'étendre et se multiplier avec l'augmentation de la population et le développement économique du pays, assimilant progressivement, dans le Sud, les territoires militaires voisins. Certaines cependant devaient disparaître (1) : quelques communes de plein exercice venaient remplacer les communes mixtes dans les régions où la densité de la population s'était suffisamment accrue et où les conditions de vie s'étaient nettement améliorées. Alors le médecin de colonisation, son œuvre remplie, cédait la place à des médecins libres.

Nous devons à l'obligeance du Docteur Lartigue la liste des décrets et arrêtés pris successivement au sujet du service médical de colonisation :

— Décret du 23 Mars 1874 : décidant que le service formait une des branches de l'assistance médicale hospitalière. *Il relevait donc désormais du Ministère de l'Intérieur.* Les circonscriptions médicales étaient déterminées par le Gouverneur général sur la proposition du Préfet qui nommait les titulaires.

— Décret du 23 Mars 1883 : réorganisant le service médical de colonisation et fixant le statut des médecins de colonisation.

— Arrêté du 1er Mars 1907 : portant organisation du concours d'admission aux fonctions de médecins de colonisation en Algérie.

---

(1) Par exemple : l'Alma, Félix-Faure en 1907, Marengo en 1928.

Arrêtés modificatifs des
28 Janvier 1908,
10 Mars 1909.

— Décret du 25 Octobre 1909 : modifiant le traitement des médecins de colonisation (de 3 à 6.000 francs par an).

— Décret du 6 Décembre 1913 : portant réorganisation du service médical de colonisation, avec

Décrets modificatifs des
28 Janvier 1919,
9 Février 1920,
6 Mai 1920.

— Arrêté du 20 Avril 1914 : réorganisant les conditions d'admission et fixant les obligations des médecins de colonisation avec

Arrêtés modificatifs des
10 Mai 1918,
24 Février 1919,
21 Avril 1921,
23 Mars 1926.

— Décret du 11 Septembre 1920 : *plaçant le service médical de colonisation sous l'autorité du Gouverneur Général.*

— Arrêté du 25 Octobre 1920 : modifiant le traitement des médecins de colonisation (de 8 à 12.000 francs par an).

— Arrêté du 21 Avril 1921 : fixant la proportion des médecins de colonisation hors-classe.

— Arrêté du 22 Décembre 1926 : instituant le cadre des médecins de colonisation pour les centres ruraux.

Arrêté modificatif du 15 Mars 1927.

— Arrêté du 10 Octobre 1929 : portant réorganisation du service médical de colonisation.

Arrêtés modificatifs des

13 Février 1930,
11 Décembre 1930,
28 Mai 1931.

— Arrêté du 13 Avril 1934 : portant modifications aux statuts des médecins de colonisation et fixant le statut actuel modifié en certaines dispositions par les

Arrêtés des

17 Juin 1935,
24 Juin 1935,
9 Avril 1936,
20 Janvier 1938,
15 Février 1938,
15 Février 1939,
27 Février 1939.

CHAPITRE II

LES MŒURS MEDICALES DES INDIGENES EN ALGERIE

« Le mot t'ibb, en arabe classique, signifie aussi bien magie que médecine. »

Edmond DOUTTÉ.

Lorsqu'on aborde le vaste domaine de la médecine de colonisation sans notion des mœurs médicales des indigènes, on s'expose à commettre des méprises et à se heurter à de sérieux obstacles. En cas d'erreur de psychologie musulmane, beaucoup d'initiatives sont vouées à l'échec. Des maladresses risquent de renforcer les préjugés qu'il faut au contraire essayer de faire disparaître. Le médecin de colonisation doit se mettre à la portée des indigènes et doit s'adapter à leur mentalité pour obtenir des résultats.

Les mœurs médicales des indigènes nord-africains constituent un mélange si complexe de magie, de superstition, de religion et de médecine, qu'il est bien difficile de faire la part de chacune. Ces peuples livrés à des pratiques quelquefois grotesques, ont dilapidé l'héritage d'une civilisation brillante et d'une science médicale illustre qui s'imposa du IX[e] au XIII[e] siècle, de l'Orient à l'Occident.

L'influence romaine avait introduit en Afrique du Nord les grandes traditions médicales grecques

basées sur l'expérimentation. Mais elles avaient été progressivement perdues après la décadence de l'Empire, tandis que le pays retombait dans les rivalités politiques, les guerres de tribus et la misère.

La conquête arabe au VII[e] siècle avait ramené l'ordre. Elle apportait le dynamisme d'une religion neuve et introduisait une nouvelle culture : celle-ci extrêmement féconde, en particulier dans le domaine médical, devait rayonner jusqu'en Europe.

En effet, le Prophète avait encouragé à maintes reprises l'étude des sciences et des arts à côté de celle de la religion. Nombreux sont les hadith qui répétaient ces conseils : « Soyez bienveillants, sages et instruits (Sourate 3, verset 73). Seigneur, fais-moi croître en science (Sourate 3, verset 113). Peut-on mettre sur pied d'égalité ceux qui savent et ceux qui ne savent pas ? (Sourate 39, verset 12) ».

Sous l'impulsion de l'Envoyé de Dieu, les arabes ayant abandonné leurs cultes idolâtres et leurs poètes, s'étaient unis dans les mêmes aspirations et avaient été entraînés par leurs conquêtes vers des connaissances nouvelles. Ils les avaient abordées et assimilées avec l'ardeur de néophytes. Ils entreprirent ensuite de les rassembler. Sous la protection des califes, les œuvres des anciennes civilisations, grecque surtout, mais aussi persane, chaldéenne et hindoue furent vérifiées et classées. Puis l'étude systématique des végétaux et des minéraux fut entreprise. L'enseignement fut organisé. La science et la médecine se confondaient alors. La plupart des savants étaient médecins. La première « Médersa pour la médecine » était instituée en 832 par le calife El-Mamoun, à Bagdad, sous le nom de « Maison de la Science ». Le chrétien Johanna Ben Massaouia avait reçu la direction de cette école. C'est

dire combien l'époque était tolérante et de quel respect on entourait les savants.

Près de cent ans plus tard, un auteur arabe pouvait compter 800 médecins exerçant à Bagdad après délivrance d'un diplôme. Les plus illustres médecins des X^{e} et XI^{e} siècles ont été formés dans cette fameuse école. Citons en particulier : Khaled Ben Yazid Ben Mouawia, Mohamed Ben Zakaria Errazi dit Rahzès, Abou Nasre Mohamed Farabi et le chrétien Abou Salih Aïssa ben Yayia. Ces deux derniers furent les maîtres du célèbre Ibn Cina dit Avicènne. Des femmes même étudiaient la médecine, comme Zeïneb, la fameuse doctoresse des Béni-Aoud en Syrie. Certains ouvrages de ces auteurs, comme ceux de Rhazès ou les « Canons de la Médecine » d'Avicènne, furent traduits en latin et enseignés en Europe jusqu'au XVIII^{e} siècle.

Des échanges continuels avaient lieu à travers l'empire arabe. Les savants se déplaçaient et servaient aussi bien les califes d'Ispahan, de Bagdad, que ceux de l'Ifrika et de l'Espagne. « *Les conquérants arabes favorisèrent dans toutes les directions l'essor de l'intelligence humaine* ». (J. Bertrand). Des écoles apparurent donc plus près de nous et rayonnèrent sur l'Afrique du Nord. L'*Ecole de Kairouan*, en Tunisie, avec son plus célèbre chef Abou Djaafar Ahmed Ben Brahim dit Ibn Djezzar, mort en 961, « médecin des rois et roi des médecins » ; l'*Ecole de Cordoue*, avec Abou Elhassan Elkermani, mort en 1066, avec le chirurgien Aboulkassis dit Abulcassis, mort en 1106, Avenzoar, qui mourut en 1163, et qui fut le maître du fameux Averrhoes ; celui-ci mourut en 1192, au Maroc, où il était venu fonder l'*Ecole de Fez* ; citons encore Rachid ben Soury, mort en 1239, Ibn-El-Beïthar, mort en 1248,

enfin Ibn Zohr et Zahraoui. *Tunis, Bougie, Tlemcen, Marrakech* devinrent aussi des centres d'universités où l'enseignement des sciences médicales était très développé.

Dans ces écoles, les premiers progrès véritables furent réalisés depuis les grands auteurs grecs, mais toujours selon les principes d'Hippocrate. Les végétaux furent classés par ordre alphabétique, dans d'importants ouvrages ornés souvent de dessins ou de peintures. Ces encyclopédies en énuméraient toutes les appellations connues, mentionnaient et commentaient les descriptions anciennes quand il en avait existé. Elles en détaillaient les usages, les effets toxiques et les applications possibles au point de vue thérapeutique. Le premier jardin d'essai fut même créé à Cordoue par le calife Abderrhamane 1^er^. Puis les maladies connues furent décrites avec leur traitement. « *Les Arabes firent cette chose intrépide, ce sacrilège sublime d'ouvrir la mort pour lire la vie* ». (MICHELET). La chirurgie fut pratiquée avec des instruments d'abord élémentaires, ensuite perfectionnés. Les techniques opératoires furent précisées. les appareillages de fractures furent améliorés. La médecine s'étudiait comme de nos jours sur le malade, dans des hôpitaux fondés sur le modèle de Bagdad, « tel celui de Marrakech, sans pareil au monde », construit par Abou Youcef Yacoub qui mourut en 1184.

Mais à partir du XIV^e^ siècle le pays retombe dans le désordre, les rivalités de clans et les luttes religieuses. La religion est enseignée par des esprits obscurs qui méprisent la science. La restriction de la liberté de pensée entraîne le déclin intellectuel : la culture arabe entre en décadence. Si bien qu'au

XIX[e] siècle, « *l'Europe, en reprenant les relations intellectuelles avec le monde islamique n'a trouvé* » qu'une science rudimentaire et « *qu'une religion inerte, asservie, rabachant des formules et discutaillant des vétilles* ». (GAUDEFROY-DEMOMBYNES).

A l'heure actuelle, une renaissance apparaît dans le monde arabe, sous l'influence médicale et scientifique de l'Europe et de l'Amérique.

En Egypte, elle a été provoquée par Mohamed Ali Pacha. Les œuvres médicales modernes internationales ont été traduites. Des universités et des associations intellectuelles ont été créées. Des revues et des livres médicaux ont été édités en langue arabe.

En Algérie, l'évolution se dessine sous l'impulsion de la civilisation française. Les œuvres d'assistance et les œuvres sociales se multiplient. Les médecins français voient leur influence augmenter progressivement, les indigènes font couramment appel à eux : ils ont tendance à adopter nos habitudes. Les docteurs en médecine indigènes, formés dans nos écoles et nos universités, collaborent à l'éducation de la population musulmane.

Cependant certains lettrés consultent le Koran qui abonde en préceptes d'hygiène et quelques ouvrages médicaux arabes parmi lesquels nous pouvons citer :

— *Djani El-Moufridat* ou Collection des simples de Ibn-El-Beïthar. Dans cet ouvrage l'auteur traite sous forme alphabétique des aliments et des médicaments des trois règnes. Il reproduit intégralement, tout en les commentant, les traités des simples de Dioscoride et de Gallien, et cite près de 150 auteurs grecs, arabes, persans, syriens, chaldéens et

indiens. Cette œuvre très importante représente ce que les Arabes ont laissé de plus étendu et de plus parfait.

— *Mor'ny* ou le Suffisant, du même auteur, étudie encore les simples mais au point de vue thérapeutique seulement. C'est une sorte de guide du médecin. Les maladies y sont traitées en 20 chapitres.

— *Mémoire pour les Gens de Raison contenant des Choses extraordinaires*, de Daoud Ben Omar El Antaki (XVI[e] siècle) qui envisage les buts de la médecine, décrit les quatre tempéraments, les signes des maladies et leur évolution. Il étudie ensuite les traitements par les simples, énumérés aussi dans l'ordre alphabétique, et termine son ouvrage par diverses études sur des sciences connexes (géographie, astrologie, etc.).

— *Recueil d'Utilités Médicales*, d'Abou Salem Elayachi (Alger 1660), ensemble de recettes médicales les plus variées souvent déconcertantes.

— La *Rah'ma* ou Livre de la miséricorde, de l'Iman Abderrhamane Es Soyouti, qui contient l'exposé des éléments naturels de l'homme, l'étude de ses humeurs, différents conseils et des médications parfois bizarres.

— *Don Précieux aux Amis traitant des qualités des végétaux et des simples.* Ce manuscrit, dont l'auteur est inconnu, est un dictionnaire de matière médicale contenant aussi des notes sur des produits animaux et des substances minérales.

— *Abd-Er-Razzaq*, de El Achâb (Alger 1903), véritable traité de pathologie suivi d'une pharmacopée assez complète.

— Enfin un *Livre à l'Usage des Pharmaciens*,

rédigé par un droguiste israëlite, Abou El Mouna Abou Nasre (Le Caire 1937), qui traite de la composition et de la préparation des divers remèdes utiles.

Ces ouvrages enseignent des principes d'hygiène surannés. Ils contiennent des conceptions médicales souvent analogues à celles que l'on trouve dans les campagnes françaises, mais ils sont réservés à une élite. La masse rurale indigène, ignorante, est restée en dehors de toute pénétration médicale.

Les *conceptions médicales* populaires sont simplistes. Il existe deux grandes classes de maladies : les *maladies physiques*, qui relèvent de causes externes (les maladies des bronches, les maladies de la peau, des yeux, les parasitoses, les fractures... etc.) et les *maladies morales* qui relèvent de causes mystérieuses (les névrites, les paralysies, les psychoses). Les premières sont guérissables par des moyens externes, par des drogues. Les secondes sont dues à des esprits malins, à des « djenoun » et ne pourront guérir que par des pratiques magiques ou religieuses, à l'exception de toute autre thérapeutique. Les drogues sont incapables de modifier la volonté de Dieu ou de chasser les djenoun.

Les *pratiques médicales* sont beaucoup plus complexes. Les superstitions, les recettes magiques, les coutumes religieuses et sociales constituent, avec l'art médical proprement dit, une sorte de code dont les prescriptions, souvent extraordinaires, sont imposées par ceux qui en profitent : les guérisseurs et les marabouts.

Pour les *maladies physiques*, les moyens de guérir sont nombreux. Ils sont d'abord proposés par les *femmes de la famille* du malade. Toutes connaissent

des recettes analogues à nos recettes paysannes. Il s'agit presque toujours d'infusions, de feuilles d'olivier pour la fièvre, de feuilles de néflier pour la diarrhée, d'aiguilles de pin pour la constipation, de racines de roseau pour interrompre la lactation. Le miel, aux propriétés multiples et bienfaisantes, est très employé, ainsi que les dattes écrasées, le premier lait des vaches et le petit lait retiré du lait caillé.

Si la maladie est plus grave les *matrones* ou *qablât* interviennent. Ce sont de vieilles femmes du village qui surveillent les accouchements. Mais elles détiennent aussi les secrets de drogues plus compliquées, elles vendent des philtres d'amour et elles jouent un grand rôle dans la société musulmane. Elles sont nombreuses et, généralement, exercent de mère en fille. Elles savent les paroles qu'il faut prononcer pour faciliter un accouchement ; elles savent comment il faut placer entre les jambes de la parturiente le fer de hachette qui empêchera l'hémorragie et connaissent d'innombrables recettes analogues. Elles rasent la vulve et dans les cas les plus courants extraient l'enfant. Mais leurs connaissances sont limitées. Elles ignorent les présentations et n'ont aucune notion d'hygiène. En cas de dystocie, elles ont recours aux procédés les plus variés et les plus étonnants, mais sans résultats.. Bien souvent, nous avons vu des présentations d'épaule dans lesquelles le bras avait subi des tractions telles qu'il était brisé et que l'enfant était mort.

Elles pansent aussi les plaies avec des feuilles de menthe écrasées, des dattes pilées ou de la poudre de charbon d'os de poulet tué le jour de l'an de l'Hegire. Elles guérissent les fièvres et les maux de

tête en appliquant sur le front une moitié de pigeon, coupé vivant en deux, dont la chair est encore chaude et saignante. Elles limitent l'extension d'un furoncle ou d'un abcès par le tracé d'un cercle à la suie, en récitant certaines prières ; ou encore elles empêchent l'infection d'un membre blessé de gagner vers la racine, en y attachant, selon certains rites, un fil de laine teint en rouge. Elles préparent et vendent des pommades et des mixtures où les sels d'antimoine entrent pour une grande part. Elles soulagent toutes sortes d'affections. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles n'hésitent pas maintenant à venir s'approvisionner en médicaments gratuits dans les hôpitaux auxiliaires. Elles simulent une maladie et demandent un remède avec lequel elles ont ensuite des résultats flatteurs. L'aspirine, l'élixir parégorique et surtout l'iodure de potassium ont leurs préférences.

Enfin leur influence est grande dans toutes les questions de fécondité, de stérilité, de répudiation, d'amour. Leurs avis sont très écoutés. Elles savent utiliser la rue comme abortif, la feuille de datura pour se débarrasser d'un ennemi. Elles vendent les poudres qu'il faut ajouter au repas du mari pour le garder fidèle. Elles recueillent et dosent le suc de la racine du charbon à glu (atractilis gumnifera) : ce suc mêlé aux aliments, suivant la dose, tue le mari en un ou deux jours, ou le plonge en léthargie, rendant ainsi la femme libre.

Mais on peut aussi recourir à *des marchands d'orviétan*, qui fréquentent les marchés à la belle saison. Ce sont souvent des Marocains qui viennent exploiter la crédulité des Algériens. Ils vendent des poudres minérales et végétales, des plantes aux vertus

nombreuses, des amulettes achetées toutes imprimées à Alger qu'ils enferment devant chaque client dans des sachets de cuir. Nous avons ainsi entendu prôner des algues marines comme anthelminthiques. Il nous a été donné de traiter un empoisonnement grave consécutif à l'absorption d'une poudre verte qui devait « purifier le sang ». Elle avait été absorbée en totalité, nous n'avons pu déterminer sa nature, quant au marchand, il avait disparu.

Avec ces remèdes, le malade peut encore se procurer différentes parties d'animaux: une omoplate de cochon avec inscription coranique qu'il suffit de dissimuler dans la toiture de la maison d'un ennemi pour provoquer sa ruine, « un squelette de tête de chameau capable d'attirer la clientèle chez les commerçants qui le suspendent à leur porte, une patte de taupe qui préserve des affections des seins, des dents de chacal qui préservent des maladies de la dentition, des coquillages que l'on cache dans les cheveux pour les rendre souples et longs » (Abou-Beckr), une défense de sanglier qui tonifie les enfants en bas âge, une patte de porc-épic qui développe leur intelligence, de la graisse de hyène qui chasse les djenoun par son odeur nauséabonde, ou encore un petit lézard vivant dans un étui en roseau, ou une tête de corbeau salée et desséchée qu'il faut suspendre au cou pour guérir la fièvre.

Sur les marchés ou les places publiques officient également les *maallemin* (1), qui sont nos anciens barbiers-chirurgiens. Ils ont deux spécialités bien définies : l'arrachage de dents avec des sortes de tenailles doubles, à mors coupants et bifides, et la pose de ventouses scarifiées à la nuque, qui décon-

(1) Pluriel de maâlem.

gestionnent le patient et guérissent les maux de tête. Elles peuvent déterminer une véritable anémie chez ceux qui en subissent trop souvent, tant est grande la quantité de sang prélevé. Le maâlem a d'abord soigneusement rasé la tête de son client tourné vers La Mecque. Il respecte la mèche des cheveux par où Mohamed soutiendra le croyant lors du passage du pont en lame de rasoir, à l'entrée du Paradis. Puis il scarifie la nuque, au bistouri, applique ses ventouses et aspire avec la bouche au moyen d'un tube pour faire le vide. Le sang de tous les patients est recueilli dans une cuvette mise en évidence pour témoigner de l'habileté de l'opérateur et de l'importance de la clientèle. Quelquefois il pratique aussi des circoncisions. Le Docteur Raynaud avait recueilli l'avis suivant paru dans le « Petit Tlemcénien » du 6 Février 1930, qui montre que le maâlem ne dédaigne pas la réclame, et qu'en ville, il sait s'adapter aux méthodes modernes, tout au moins en matière de publicité :

Dernières Volontés

Une femme indigène issue d'une famille honorable de Tlemcen, au moment de mourir exprima ainsi ses dernières volontés à son mari : « Cher époux, maintenant que je suis sur le point de partir pour l'autre monde, je ne te demanderai qu'une seule chose, bien simple, c'est de faire circoncire mon fils par Monsieur M'Hamed Tedjini Soulimane, coiffeur rue Idriss ; il est le seul qui soit capable, dans notre ville, de pratiquer bien la circoncision, il ne fait point souffrir l'enfant auquel il excise le prépuce avec une habileté, un art exceptionnel et digne d'admiration ».

Le mari, soucieux de l'accomplissement des souhaits de sa chère défunte, confia à M. Tedjini la cir-

concision de son fils qui se porte bien actuellement.

Désireux de plaire à sa bonne clientèle, M. Tedjini réduit ainsi le prix de la coupe de cheveux, de la saignée et de la circoncision :

Coupe arabe des cheveux, hommes	1.25
— — *enfants*	0.60
Circoncision à la maison	10.00
— *au Salon de Coiffure*	5.00
Saignée	2.00

Mais tous les maallemin ne sont pas aussi habiles : leurs moyens et leurs prétentions médicales sont très limités.

Plus savants sont les *tolba* (1), qui sont lettrés, connaissent les versets coraniques propres à guérir, et parfois certains manuscrits anciens du genre de ceux que nous énumérions plus haut. Généralement ils ne pratiquent pas d'interventions, mais ils indiquent des remèdes pour chaque maladie, ils donnent des conseils et des formules religieuses ou magiques. Ils écrivent alors à l'encre ces formules sur une feuille de papier : le malade fait tremper la feuille dans un verre d'eau jusqu'à dissolution de l'encre, il la jette ensuite et boit l'eau teintée. Mais plus souvent cette feuille est enfermée dans un sachet de cuir, de forme carrée ou rectangulaire pour les hommes, triangulaire pour les animaux qui sont aussi traités de la sorte. L'amulette ainsi constituée est portée au cou ou à la ceinture, et celle qui a été composée spécialement, par un lettré, a plus de chances d'agir que celle que l'on achète imprimée d'avance à Alger. D'autres fois le verset coranique est inscrit sur une écorce avec un stylet, ou gravé sur une pierre. Cette méthode a pu donner quelque-

(1) Pluriel de taleb.

fois des résultats par coïncidence ou par suggestion, chez les psychopathes. Il n'en faut pas plus pour entretenir sa bonne réputation, malgré de nombreux échecs. Mais comme la méthode est surtout préventive, son domaine est illimité et le taleb vend des amulettes pour toutes les maladies imaginables.

Quelques tolba savent aussi déterminer l'animal qu'il faut sacrifier pour s'attirer la protection de tel saint ou de tel djinn et ils indiquent les rites selon lesquels il faut procéder.

Parfois enfin ils exercent, comme les tobba (1) et ils abordent toutes les branches de l'art médical avec un égal succès, à en juger du moins par l'affiche que nous reproduisons : « *A la Source des Remèdes Orientaux* ».

Mais ce sont les *tobba* qui pratiquent ordinairement la médecine. Ils représentent les plus actifs concurrents du médecin de colonisation : ce sont des guérisseurs, des rebouteux. Ils visitent les malades à domicile et donnent des consultations chez eux et sur les marchés. Ils se transmettent généralement leurs connaissances et leurs traditions de père en fils. Ils ont souvent des notions d'hygiène et de thérapeutique très rudimentaires, certains sont assez habiles et adroits. Ce sont quelquefois des femmes. La plupart sont complètement illettrés, quelques-uns cependant, de même que les tolba, ont parfois consulté des fragments de traités d'herboristerie ou de médecine arabe. Du reste ils en regardent plus souvent les planches, qu'ils n'en étudient le texte.

Ils préparent eux-mêmes leurs médicaments et les délivrent aux clients après quelques mots d'interro-

(1) Pluriel de toubib.

AVIS

A LA SOURCE DES REMÈDES ORIENTAUX

Le Taleb Musulman, toujours soucieux de contenter sa nombreuse clientèle qui afflue journellement chez lui, prévient le publique qu'il se tient a leurs dispositions pour leur rendre d'utile remèdes, dont il tient preuves a l'appuis par plus de **700 attestations, pour ces promptes soins sur toutes les maladies existantes.** Il exige 1° que toute personne s'adressants a lui soit très polie, il les reçoit avec bienveillance et a tour de rôle, aussi bien pour les RICHES que pour les PAUVRES, FEMMES, HOMMES ou ENFANTS. VOUS POUVEZ COMPTER DANS VOTRE ESPRIT QUE VOTRE MALADIE GUERIRA ou vos AFFAIRES RÉUSSIRONT PAR LA VOLONTÉ DE DIEU. Inautile de se présenter chez lui avec mauvaise ESPRIT.

IL EST EXIGER A CHAQUE VISITE 1,15 PAR PERSONNE, APRÈS, IL Y A CONDITIONS DES PRIX POUR LES GUÉRISONS DE CHACUNE DES MALADIES

En cas d'une visite sérieuse et que le malade voudrait garder le secret, il est libre d'amener une personne avec lui servant d'interprète Les personnes désirant communiquer avec le TALEB doivent le prévenir par correspondance, si ailleurs semble pour lui indiquer l'heure exacte du rendez-vous

Il traite **la CHANCE, pour le Commerce ; MARIAGE, sur le bon ou mauvais ménages ; SOLUTIONNE les mauvaises affaires, pour les Immeubles, l'Agriculture, ou générale : Maladie de la TÊTE, YEUX, DENTS, BOUCHE, GORGE, LARYNX, TOUSSE, ECZÉMA, ABCÈS, CŒUR, ESTOMAC, FOIS, INTESTINS, ENTRAILLES, ENFLURE de Ventre, enlève les SORCELLERIES internes et externes, RÉGLES, HEMORROIDES, douleurs des REINS, DOS, Maux Douilleux** Douleurs des Jambes, Gâles, Syphilis, Maladie vénériennes, Fièvres, Folie, Attaques, Etourdissements, les personnes maigres, Chûte des Cheveux, Oreilles, Rhumatismes, Larynx, les personnes atteintes nouvellement de Taches Blanches, Poitrinaires, Cauchemars, TYPHUS, VERS SOLITAIRES, DIABETE, l'AGOOLISME, les Personnes ATTACHÉS, IMPUISSANCE, URINE du SANG. pour les REMORDS, PLEURÉSIE, pour la Grossesse, Retards, Râge, grippes, maladie du SOMMEIL proteger l'agriculture des oiseaux nuisibles, pour préserver les enfants des malheurs, et des mauvais mils.

Le TALEB refuse toute visite concernant les demandes d'avortement ou toutes autres choses punis par la loi.

Je n'ai pas besoin de me flatter des guérisons que j'ai faite à ce jour. Présentez-vous et ayez confiance, et par la guérison que vous obtiendrez, vous engagerez vos parents et amis

Le TALEB reçoit tous les jours le matin de 8 à 11 h, l'après midi de 2 à 6 h.

Les personnes d'Alger soucieuse de se rendre auprès du TALEB, prenant le Tram à la Station Sanitaire pour prendre le Chemin de l'Ecosse jusqu'à la Fontaine, prendre ensuite le Passage Valmy jusqu'au Café des Trembles chemin du Télémly pour les conduire à la Villa PASCAL Mustapha-Superieur.

Réclame d'un « Taleb musulman »
(in Raynaud-Soulié-Picard)

gatoire, quelquefois après un simple coup d'œil. Ils n'ont pas besoin d'explications : un bon médecin doit savoir reconnaître d'emblée la maladie. Le client verse d'abord un certain acompte pour prix de la visite. Ensuite il est convenu du solde qui sera payé en cas de guérison. Les rebouteux gagnent donc des sommes importantes, ils n'ont pas d'impayés et ils se trouvent largement couverts même en cas d'échecs. L'affiche-réclame que nous reproduisons plus haut fait mention de ce mode de paiement.

Les tobba font surtout des pointes de feu, réduisent les fractures et ont chacun une spécialité. Sur les régions douloureuses, sur les tumeurs, les arthrites, ils appliquent assez brutalement leurs pointes de feu avec l'extrémité rougie d'une faucille. Si leurs réductions de fractures sont généralement convenables, ils ont souvent des désastres dans les contentions. Ils serrent trop leurs appareils ou bien ils enferment des fractures ouvertes et ils ont des gangrènes fréquentes. Ces appareils sont constitués par quatre ou cinq attelles en férule, taillées à la longueur du membre, plates du côté interne, bombées du côté externe, reliées en haut et en bas par deux sangles de laine qui coulissent à quelques centimètres des extrémités dans l'épaisseur de la partie bombée. L'appareil se moule très facilement sur le membre réduit, on tend les sangles et on les noue, puis tout le membre est enveloppé dans une peau de chevreau ou une peau de chameau mouillée qui rétrécit en séchant.

Quelques rebouteux — des Marocains particulièrement — savent opérer la cataracte par luxation du cristallin. D'autres arrachent les dents ; parfois ils traitent la blennorragie, les plaies et les blessures, par des mélanges de plantes dont ils gardent le se-

cret. Ces secrets appartiennent à la famille et il serait vain d'essayer de les obtenir : ils sont transmis au lit de mort, de père à fils aîné ou d'oncle à neveu. Le dépositaire exploite la recette, prélève pour lui le tiers des bénéfices et abandonne le reste à la famille. Les revenus peuvent être considérables : une famille d'Azazga posséderait le secret d'un mélange de plantes infaillibles pour le traitement de la blennoragie ; le maître du secret était venu passer six mois à Paris en 1938; il aurait envoyé 40.000 francs à sa famille pendant son séjour dans la colonie kabyle de la capitale. L'influence des tobba est donc grande, même sur les indigènes évolués. Une famille de Souk-Ahras possèderait le secret d'un alliage à base d'antimoine, qui, appliqué à la porte d'entrée d'une balle dans le corps, attirerait cette balle aux lèvres de la plaie en 24 heures, évitant ainsi une intervention chirurgicale.

Les tobba ne dédaignent pas à l'occasion l'emploi de moyens thérapeutiques ou diagnostiques susceptibles de frapper les esprits : ainsi pour faciliter le travail des femmes en couches, une rebouteuse lave un des gros orteils du mari dans une tasse d'eau, qu'elle fait ensuite boire à la parturiente. Un « praticien » d'Azazga, mort il y a trois ans, pronostiquait la mort ou la guérison du malade de la façon suivante : il faisait chauffer un plat en terre et il y déposait un étui en roseau ; si le tube remuait le malade devait guérir ; si le tube restait immobile le patient était condamné. L'étui en roseau enfermait tout simplement, à l'insu de l'entourage, un petit lézard qui tantôt protestait en se débattant, ou tantôt ne se défendait pas à la chaleur brûlante du plat.

Cependant le toubib, malgré toutes ses ressources,

est quelquefois incapable de soulager le client. Si tous les moyens ont échoué, le malade peut encore aller demander la « baraka » d'un *marabout-guérisseur*, pour tenter de bénéficier de la faculté merveilleuse qu'ont les saints, vivants ou morts, de guérir les maladies. Chaque saint a sa spécialité. Il faut apporter une offrande qui varie avec le marabout et suivant les cas satisfaire à certains rites : ainsi il faut avaler un certain nombre de fruits d'un olivier sauvage au pied duquel est enterré le marabout Sidi M'hamed ben Yâ'Goûb pour guérir les maladies des yeux. Ou bien il faut apporter une tête de mouton cuite chez soi, la manger dans le marabout de Sidi Bouras, près de Tlemcen, et en laisser les os pour se débarrasser de maux de tête. Mais la première personne qui entrera ensuite dans le marabout en sera affligée. Tantôt il faut faire sept visites consécutives, le mercredi, à Sidi Ed Daoûdi ben Nacem pour guérir la stérilité.

Ainsi peuvent se traiter les maladies physiques.

Les *maladies morales* ne peuvent guérir que par des pratiques religieuses ou magiques : elles nécessitent donc l'intervention de *marabouts* ou de *sorciers*. Mais comme les marabouts sont très nombreux, le malade doit savoir auquel d'entre eux il lui faut s'adresser. Il consulte donc un taleb spécialement averti en la matière. Ce taleb en profite parfois pour tenter lui-même la guérison. Le toubib aussi, est quelquefois un peu sorcier et soigne les « maladies morales ». A ce sujet nous pouvons rapporter un exemple personnel : nous avons été atteint de radiculo-névrite, il y a environ deux ans, à Paris, après la fin de nos études. Des Kabyles nous proposèrent les bons offices d'un de leurs guérisseurs. Celui-ci devait se charger, non seulement de nous

guérir, en éloignant le mauvais sort qui nous avait été soi-disant jeté, mais encore de nous faire connaître le « nom de la personne responsable de la maladie ». Cependant si les marabouts et les sorciers traitent les « maladies morales », nous avons vu précédemment que des marabouts guérissent les maladies physiques, de même certaines sorcières sont consultées en matière d'accouchement.

Quoiqu'il en soit le taleb spécialiste désigne le saint dont il faut invoquer la protection. Il indique l'animal à sacrifier : poule, coq, bouc, mouton, exceptionnellement bœuf. Puis il détermine soigneusement la couleur de ces animaux qui varie avec les affinités des djenoun. Le malade se présente alors tantôt seul, tantôt avec sa famille devant le tombeau du marabout. Il s'est muni d'une certaine somme d'argent, de benjoin et d'une bougie. L'argent est pour le mokkadem (le gardien du tombeau), le benjoin doit parfumer le djinn, la bougie éclaire le saint qui fait pression sur le génie pour le décider à abandonner le malade. Le sacrifice est consommé, le sang est offert au djinn qui est censé le boire et s'éloigne du malade. Seul le manque de foi peut empêcher l'exorcisme d'être efficace.

D'autres fois il vaut mieux s'adresser à un sorcier, qui fait commerce avec les djenoun. C'est à lui qu'on apporte l'animal à sacrifier et on lui laisse l'initiative des opérations. Parfois des rites multiples constituent une véritable cérémonie avec danses, en particulier quand le djinn est noir et qu'il faut s'adresser à des sorciers noirs. Dans certains cas comme l'épilepsie, les méthodes propres à chasser les djenoun peuvent ne pas être sans inconvénient : en effet le mage marmote d'abord quelques conjurations à l'oreille du patient. Le djinn ainsi menacé

quitte immédiatement le corps du sujet qui doit se lever guéri, sinon le sorcier prend une matraque et frappe l'épileptique jusqu'à ce que la crise cesse. C'est le djinn qui reçoit les coups et non le malade ! Fort heureusement pour le patient, le guérisseur attend en général adroitement la fin de la crise pour intervenir. Les sorcières aussi ont un pouvoir très étendu. Le Docteur Lataillade, dans son « *Etude sur les Coutumes et Superstitions obstrétricales en Afrique du Nord* », écrit à leur sujet : « *leur nombre, leur importance et la foi aveugle qu'elles inspirent, voilà qui peut sembler étrange quand on songe que le dogme islamique a rejeté résolument tout ce qui évoque l'occultisme et la magie.* » *Il est dit, en effet :* « *Celui qui croît à la sorcellerie donne un démenti et fait affront à trois mille six cents* nabi ». *Car la religion musulmane admet qu'il y a trois mille six cents prophètes. L'injure certes, doit être grave, et toutefois les pratiques les plus extraordinaires continuent à se perpétrer. C'est que, si étonnante que soit la force de nivellement de l'Islam, elle n'a pu anéantir totalement les anciens cultes. Et, par les femmes justement, ce sont transmis ou transformés les plus infâmes rituels. Excréments humains ou terre de cimetière, eau de lune ou couscous roulé par la main d'un mort, nous trouverons de tout dans la pharmacopée démoniaque de ces vieilles... On ne les sollicite d'ailleurs pas indifféremment... Elles se divisent en trois espèces différentes : les* Kahinat, *les plus répandues, qui parlent au nom d'Iblis et se réclament des légions infernales ; les* Oualis, *qui parlent au nom d'Allah ; enfin les* Derouchas *qui se disent obéies des djenoun.*

...Ne devient pas sorcière qui veut. Il faut au moins, au Maroc, que l'apprentie se libère de Dieu

pour épouser un khdine *ou démon et celui-ci ne la quittera plus sur la terre. Dans ce but elle attend le moment de la menstruation pour se donner au premier venu, voire même à un animal. Chaque matin elle se lavera avec son urine afin de devenir complètement impure. Puis elle brûlera des résines au Diable jusqu'à ce que celui-ci apparaisse : alors elle s'offrira au* chitane *et désormais pourra disposer de lui comme elle l'entendra.*

On prévoit sans peine qu'une telle initiation doit exiger une vocation très spéciale. Mais cependant la sorcière indigène ne revêt nullement l'aspect de l'Erinnye du Moyen Age, de la goule effrayante des sabbats de minuit. Comme le taleb, comme la qâbla *elle mène une vie normale, exerce une fonction devenue naturelle, poursuit un sacerdoce indispensable... L'acte de sorcellerie se révèle-t-il un jour inefficace ?... Alors on invoquera les mille complications du cérémonial, on attribuera l'insuccès à une faute rituelle, et la foi des témoins, au lieu d'être ébranlée, n'en sera que renforcée davantage.* »

D'autres conceptions et d'autres pratiques médicales, d'un caractère singulier, reflètent encore les mœurs des indigènes. Ainsi, en Kabylie, il arrive fréquemment que le médecin soit sollicité de « donner un remède pour réveiller un enfant qui dort dans le ventre de sa mère ». Il s'agit d'un mari naïf, parti en voyage depuis un an ou deux, qui a trouvé à son retour sa femme enceinte de quelques mois ; elle lui a expliqué que cette grossesse avait débuté à l'époque de son départ, mais qu'elle n'avait pas abouti parce que l'enfant s'était endormi. Il vient donc chercher le remède qui réveillera l'enfant et permettra à la grossesse d'évoluer

normalement. Au M'Zab cette coutume se retrouve sous la même forme : « *les Mozabites, habiles commerçants des villes du littoral, ont coutume de laisser leurs femmes au pays natal où ils ne vont les retrouver que de loin en loin, parfois même après plusieurs années de solitude conjugale. Les épouses délaissées se satisfont comme elles peuvent, non sans appréhension, car au M'Zab la police privée est toujours très bien faite. Certes il est permis quelquefois d'invoquer, pour légitimer les maternités les plus tardives, les vertus fécondantes du vieux pantalon que les Mozabites, avant de partir, ont coutume de suspendre à la tête du lit conjugal. Mais on a recours de préférence à l'explication plus commode de l'enfant endormi. D'autant plus que cette croyance est admise légalement par le* Kitàb-en-Nil, *du cheikh Abd-El-Aziz de Beni-Isguen, qui constitue, avec ses* 22 *livres, le code particulier des habitants du M'Zab. On y peut lire, en effet, paragraphe* 33 : « *La paternité des enfants, issus de la femme pendant quatre ans, à dater de la disparition de son mari, est obligatoire pour celui-ci, d'après le droit humain...* ». *Et plus loin :* « *Il en est de même dans le cas où la femme d'un absent, dont le décès a été constaté un mois après le jour de sa disparition, met au monde plusieurs enfants dans une période de temps inférieure aux quatre années exigées par la loi* ». *Ailleurs encore :* « *L'homme non présent pendant longtemps est tenu de reconnaître les enfants auxquels sa femme a donné le jour, y en eut-il beaucoup* ». (Docteur Lataillade).

Le Docteur H. Thierry, dans son « *Etude sur les Pratiques et Superstitions médicales des Marocains* », signale aussi cette croyance. Elle est donc très répandue : c'est l'explication populaire des

fibromes, des kystes de l'ovaire survenant vers la ménopause. Et certaines femmes en profitent pour cacher leurs infidélités.

De même, une tradition très ancienne veut que la naissance de l'enfant s'accomplisse en même temps que celle d'un génie qui est son double, son *qarîne*. La mère doit offrir le sein à ce génie. Elle affecte de le soigner comme son enfant pour éviter qu'il ne devienne jaloux et qu'il ne provoque des troubles dans la santé du nouveau-né.

L'enfant qui vient au monde est menacé par de nombreux ennemis. Les djenoun peuvent le changer, le rendre malade, le tuer même. Comme ces mauvais génies fréquentent surtout l'eau, il faut bien se garder de baigner l'enfant à sa naissance. Les bras le long du corps, il sera roulé dans de vieux linges usagés et crasseux maintenus par quatre ou cinq tours de corde de laine. Ainsi il sera en contact seulement avec des génies familiers et favorables. Ses paupières seront passées au kôhl avec le bâton familial. Quelquefois le nourrisson sera même dissimulé à tous les regards, jusqu'à l'âge de 1 an, afin d'éviter le « mauvais œil ». Placé dans des conditions d'hygiène déplorables et quel que soit son état, cet enfant ne sera pas visité par le médecin.

En dehors de ces conceptions médicales basées en grande partie sur l'ignorance et la superstition, il faut tenir compte aussi de la *mentalité de l'indigène*.

Il est fataliste, il mène une vie rude et il est plus résistant que nous : il songe seulement à se soigner lorsque la maladie est grave ou lorsqu'elle se prolonge. Il utilise d'abord les recettes du rebouteux et

en règle général *il vient trop tard consulter le médecin.*

Son interrogatoire est toujours pénible même si le médecin parle la langue du pays. C'est avec peine qu'on en tire des renseignements exacts, car il s'observe très peu ; d'ailleurs il n'en voit pas la nécessité immédiate parce qu'il est habitué à ce que ses guérisseurs lui délivrent ses remèdes sans examen. Nous avons souvent eu la réponse suivante : « — Pourquoi me demandes-tu cela, mois je ne sais pas, c'est toi qui dois savoir puisque tu es toubib ! ».

Il ne comprend pas l'utilité d'examens qui débordent le cadre de ce qui l'amène à consulter et interrompt le médecin en lui disant par exemple :

« — Mais ce n'est pas à la poitrine que j'ai mal, c'est à l'épaule ! »

Il ne faut jamais marquer d'hésitation pour garder sa confiance, pourtant il veut une amélioration immédiate de ses troubles. Au delà de ce résultat, il ne comprend pas la nécessité de prolonger certaines cures, ni l'utilité de certains régimes. Très souvent il ne revient plus après la troisième injection de novarsénobenzol parce que son chancre a disparu. S'il souffre de l'estomac, il trouve naturel d'ingurgiter à nouveau des douzaines de piments frits dès qu'il est soulagé par une cure bismuthée.

Le remède a pour lui une vertu merveilleuse : telle drogue aura-t-elle guéri un proche, il la réclame avec insistance dans une affection très différente. Pour la même raison il demande facilement « un médicament pour un qui a mal au ventre », sans pouvoir indiquer l'âge ni le sexe du malade, ni le siège et le mode des douleurs. Ainsi les sources thermales dont il fait grand cas sont douées pour lui de toutes les vertus. Cette tradition remonte

vraisemblablement aux Romains. Entre Azazga et Bougie existent des sources réputées avec deux piscines, l'une pour hommes, l'autre pour femmes, qui permettent de prendre des bains à 40°. Ces bains améliorent certes, au début, les rhumatismes chroniques très fréquents chez les indigènes, surtout les femmes qui vivent dans l'humidité. Mais ils sont réputés guérir toutes les douleurs, la stérilité, les dermatoses, enfin toutes affections rebelles aux thérapeutiques ordinaires.

De plus l'indigène ne respecte pas souvent la prescription. Sous prétexte que le médicament agira plus vite à plus forte dose, il l'avalera en une fois. Nous avons pu voir un malade acheter un flacon de potion anti-diarrhéique, aller s'asseoir sur la bordure du trottoir devant l'officine, boire d'un trait cette potion et rapporter la bouteille vide au pharmacien. On ne peut donc délivrer de toxiques, d'autant plus que l'indigène est grand amateur de poisons et qu'en le mettant en garde, on risque de lui suggérer l'utilisation de la drogue à des fins toutes différentes de la thérapeutique.

Enfin le malade reconnaît volontiers la valeur du médecin français et il recherche même ses conseils, mais pour augmenter ses chances de guérison il achète en même temps une amulette, ou il avale la drogue du rebouteux.

D'autre part, si l'homme peut être finalement examiné, c'est exceptionnellement que la femme le sera parce qu'elle ne doit pas être mise en présence d'un homme étranger, surtout si elle appartient à une famille maraboutique. Elle joue un rôle secondaire dans la société, elle est inférieure, elle s'achète. Parfois les frais médicaux peuvent dépasser de si loin le prix d'achat d'une autre femme — 1 fr. 50

en pays arabe, il y a quelques années — que le mari préfère s'en remettre à Dieu du soin de guérir la première.

Si le mari consent à l'intervention du médecin, c'est la femme elle-même qui s'y oppose souvent par tradition. Elle n'accepte de se dévêtir qu'après beaucoup de difficultés. Il n'est généralement pas possible de pratiquer un examen génital. En période de carême, elle refuse plus farouchement que l'homme l'absorption de remèdes pourtant autorisée par le Koran.

Des scènes particulièrement pénibles se voient en matière d'accouchement : la femme n'est examinée que dans les dystocies et seulement le troisième ou le quatrième jour après le début des douleurs. On la trouve couchée à même le sol, étouffant littéralement sous le poids des matrones accroupies qui l'entourent et la pressent. Pendant l'intervention du médecin, quand elle n'est pas à demi-morte, elle essaye encore de dérober sa vulve. Trop souvent elle mourra d'infection.

Aussi le Professeur Laffont a pu dire : « ... *Jusqu'ici la femme arabe représentait en quelque sorte la dernière forteresse de la superstition musulmane cristallisée contre le progrès et, peut-on dire, contre la pensée française...* ».

Mais la mentalité de l'indigène évolue au contact de la civilisation. Il apprend à venir consulter le médecin. La femme vient désormais à nous grâce aux consultations de gynécologie et de stérilité, grâce aux Maternités et aux tournées « de Mères et Nourrissons » où elle sait apprécier l'efficacité de nos soins. Cependant, il peut arriver qu'un malade astucieux et revendicateur cherche à tirer parti

des avantages matériels et des garanties que lui procure la civilisation. Tantôt il désire obtenir seulement un certificat médical pour coups et blessures, certificat qu'il produira en justice car il est grand plaideur : il refuse même un simple pansement qui pourrait améliorer l'aspect de sa plaie, au contraire, il s'appliquera à l'entretenir. Tantôt, assuré social, accidenté du travail ou pensionné de guerre, il voudrait exploiter la situation qui lui est faite : il essaye de prolonger son séjour à l'hôpital, il n'avoue jamais être satisfait des soins médicaux ou des indemnités qu'il reçoit et il prétend souffrir très longtemps au niveau d'un traumatisme bénin ; parfois même, à la veille de la reprise du travail, il ravive des blessures presque cicatrisées. Malgré tout, la majeure partie de la population est digne d'intérêt. Les indigènes montrent de la confiance envers le médecin et lui témoignent de l'estime et de la reconnaissance.

La pénétration médicale française a réalisé d'énormes bienfaits, elle s'étend chaque jour davantage.

Le nombre des traditions et des pratiques médicales montrent toute l'importance de la médecine et la considération dont elle jouit chez les indigènes. C'est pourquoi le médecin de colonisation et les œuvres d'assistance ont un rôle considérable dans la société indigène en Algérie.

Chez les indigènes instruits et évolués, le médecin peut aisément mettre en œuvre tous ses moyens d'action et utiliser toutes les ressources de son art. Il trouve en eux des auxiliaires intelligents qui donnent l'exemple et qui engagent à consulter le médecin français.

Chez les ignorants, chez ceux qui vivent isolés

dans le bled, le médecin de colonisation a une tâche plus délicate à remplir : il doit tenir compte des mœurs, ne pas choquer les préjugés, il doit agir avec tact, être patient et user de bienveillance. Quand il a mis le malade en confiance, il peut employer nos méthodes. Il doit appliquer nos thérapeutiques en s'efforçant de donner des conseils sous une forme simple. C'est en montrant la supériorité de nos résultats qu'il doit vaincre les anciennes pratiques. Toutefois, il doit être très ferme en face des revendications injustifiées de certains malades qui cherchent à exploiter les avantages qui leur sont accordés.

Ainsi les recettes empiriques stériles, les coutumes barbares, les vieilles pratiques transmises par la crédulité fanatique, cèderont progressivement la place à des méthodes logiques et efficaces, à des thérapeutiques véritables.

CHAPITRE III

LES CIRCONSCRIPTIONS MEDICALES

D'après l'article 1[er] du statut des médecins de colonisation, les circonscriptions médicales sont déterminées par arrêtés du Gouverneur Général. A chacune d'elles est attaché un médecin de colonisation : il réside généralement dans le centre le plus important de la circonscription.

Il y a, actuellement, en Algérie, 112 circonscriptions médicales :

— 33 dans le département d'Alger ;
— 33 dans celui d'Oran ;
— 46 dans celui de Constantine.

Dans l'ensemble, leurs limites correspondent à celles des communes mixtes. Cependant, ces dernières sont moins nombreuses, il y en a 78 et elles se répartissent ainsi :

— 24 dans le département d'Alger ;
— 20 dans celui d'Oran ;
— 34 dans celui de Constantine.

Tantôt, une circonscription médicale comme celle de Port-Gueydon, par exemple, correspond exactement à l'étendue territoriale d'une commune mixte ; tantôt, deux circonscriptions médicales voisines, comme celles de Médrissa et de Trézel, se partagent l'étendue d'une seule commune mixte (Trézel) ; tantôt, une circonscription s'étend sur une partie des territoires de deux communes mixtes : ainsi la circonscription médicale de Boghni, outre le territoire de la commune de plein exercice de Boghni, s'étend

sur une partie des communes mixtes de Dra-El-Mizan et Fort-National. Enfin, dans d'autres cas, sur le territoire de trois communes mixtes s'étendent quatre circonscriptions médicales, dont l'une empiète sur une partie de ces trois communes mixtes : ainsi la circonscription médicale d'Uzès-le-Duc comprend une partie des communes mixtes de Zemmora, Cacherou et Frenda.

La superficie des circonscriptions médicales couvre 18.806.908 hectares, soit environ les neuf dixièmes de l'Algérie. Dans le dernier dixième (1.967.092 hectares), exercent des médecins communaux ou des médecins libres dans les mêmes conditions qu'en France. Leur domaine est constitué par les grandes villes, quelques sous-préfectures ou grands centres de l'intérieur et par les agglomérations les plus importantes du littoral.

La superficie moyenne d'une circonscription serait mathématiquement de 173.000 hectares, mais cette moyenne se rencontre rarement. Il a fallu tenir compte de la densité des populations dans la répartition des territoires : sur le littoral et dans la Kabylie, régions très peuplées, les circonscriptions ont une étendue comprise entre 20.000 et 50.000 hectares, par contre des circonscriptions de 900.000 à 1.100.000 hectares s'étendent dans le Sud aux populations nomades.

La population moyenne de ces circonscriptions est de 37.000 habitants, avec des chiffres allant de 6.900 — Trollard-Taza — ou 14.000 — Rébeval — à 81.000 — Michelet — et même 88.000 — Kenchela.

Les circonscriptions possèdent 4.190.850 habitants, soit 62 % de la population algérienne totale.

Elles comprennent 102.398 européens, soit 12 % de la population européenne totale de l'Algérie et 4.088.452 indigènes, ce qui représente 73 % de la population indigène totale. La population européenne ne représente donc qu'une infime partie de la clientèle du médecin de colonisation : un quarantième environ.

A titre d'exemple, la circonscription médicale d'Azazga, s'étend sur 56.193 hectares et comprend 57.360 habitants. Le médecin habite à Azazga, village de 417 européens et 411 indigènes. Trois villages français dépendent de la circonscription : Yakouren, situé à 11 kms d'Azazga, avec 40 habitants européens et 33 indigènes ; Fréha, à 7 kms, avec 28 européens et 156 indigènes ; Tamda, à 20 kms, avec 31 européens et 245 indigènes. La population européenne de la circonscription est donc seulement de 516 habitants, dont 417 pour Azazga. La population indigène comprend 845 habitants dans les villages français et plus de 56.000 habitants dans les huit douars environnants.

La population algérienne s'accroît tous les ans de 130.000 habitants environ, soit 80.000 pour le territoire correspondant aux circonscriptions médicales. L'organisation médicale s'adapte à cet accroissement. Dans certains centres le développement de la population et la prospérité permettent l'installation de médecins communaux ou de médecins libres. L'Administration est donc conduite à des suppressions de postes de médecins de colonisation ou à des morcellements de circonscriptions. Ailleurs, elle crée de nouveaux postes. Enfin, les Territoires du Sud, jusqu'ici territoires militaires, sont destinés à passer progressivement sous le contrôle de l'autorité civile. De nouvelles circonscriptions s'ajouteront

ainsi à celles des trois départements des Territoires du Nord.

Les circonscriptions médicales actuelles s'étendent parfois sur des superficies considérables. Les circonscriptions de Tébessa, Bou-Saâda, Kenchela, par exemple, ont plus de 100 kms dans leurs deux diamètres principaux et leurs populations sont respectivement de 75.000, 48.000 et 83.000 habitants. Dans une telle étendue — souvent celle d'un département français — la médecine ne peut plus se concevoir ni se pratiquer comme dans la Métropole. Le médecin de colonisation peut-il alors jouer un autre rôle que celui d'hygiéniste ? Donne-t-il réellement des soins aux malades ? « *Il ne faut pas hésiter à répondre par l'affirmative* » (Docteur LARTIGUE). Cependant, l'éloignement de certains centres empêche beaucoup d'indigènes de recourir facilement au médecin. Les malades viennent consulter une fois, mais si leurs troubles persistent, ils renoncent à entreprendre un nouveau déplacement. Ils s'abandonnent aux pratiques empiriques de leur entourage : les matrones, les rebouteux, les marabouts-guérisseurs gardent ainsi une emprise très forte sur la population. Ces difficultés n'arrêtent pourtant pas les progrès de l'influence médicale française, les indigènes viennent tous les jours plus nombreux aux consultations : le médecin doit faire preuve d'une très grande activité et d'un dévouement inlassable.

Les circonscriptions médicales tiennent une place importante dans l'organisation administrative algérienne, car le médecin de colonisation contribue pour une très large part à l'évolution de la société indigène. La pénétration médicale, avec tous ses bienfaits, ouvre la voie à notre civilisation.

CHAPITRE IV

LE PERSONNEL MEDICAL DE LA CIRCONSCRIPTION

Dans une circonscription médicale, le personnel comprend un médecin, assisté d'une infirmière-visiteuse et d'un adjoint technique indigène. Quand il existe un hôpital auxiliaire ou un poste de secours, le personnel est complété par un garçon de salle et par une femme de charge attachés à cet établissement.

Nommé par arrêté du Gouverneur Général, le *médecin de colonisation* est placé sous l'autorité directe du Sous-Préfet et du Préfet. Il est placé sous le contrôle permanent du Sous-Directeur de la Santé Publique, par délégation du Gouverneur Général. De plus, il est également sous le contrôle technique de l'Inspecteur départemental d'Hygiène.

Le médecin de colonisation est à la fois médecin libre et médecin fonctionnaire. Il est médecin libre en ce qui concerne ses rapports avec la clientèle aisée. Il est médecin fonctionnaire pour tout ce qui intéresse l'assistance publique et l'hygiène. Il est alors chef de service : tout le personnel lui est immédiatement subordonné au point de vue professionnel. Le médecin a l'obligation de résider dans la localité fixée administrativement : il s'agit, en général, du centre le plus important de la circonscription.

Le service médical représente une tâche particulièrement lourde. Le médecin parcourt toute l'année d'immenses territoires aux communications souvent longues et difficiles. Il lui arrive de passer des heures à dos de mulet par tous les temps. Il perd quelquefois une journée entière pour une simple visite. Son activité s'étend à toutes les branches de l'art médical : il doit pratiquer la médecine courante, la petite chirurgie, l'obstétrique, l'ophtalmologie, la dermatologie. Cependant, ses moyens sont réduits : ils ne dispose pas de renseignements fournis par les spécialistes ou par les examens de laboratoire ; il ne peut appliquer de traitements trop délicats. Sa valeur professionnelle et son dévouement doivent suppléer à toutes ces difficultés. Enfin, il remplit encore les rôles d'hygiéniste, de médecin-légiste, et parfois de propharmacien. C'est un vrai missionnaire de la civilisation française.

En dehors de la clientèle payante, il traite gratuitement les indigents, les petits agents des administrations publiques, les enfants assistés et les étrangers sans ressources. Il dispense des soins gratuits au cours de consultations journalières et de tournées.

Le médecin de colonisation est d'office médecin-chef des formations hospitalières situées dans sa circonscription : hôpital auxiliaire ou poste de secours. Il visite quotidiennement les malades hospitalisés ; il prescrit les traitements nécessaires ; il vérifie la distribution des médicaments et l'alimentation des malades ; il s'occupe de l'approvisionnement général de l'hôpital.

Il fait la constatation des décès dans la localité où il réside. A la réquisition des autorités locales, il doit se transporter sur les lieux où se sont produits

des accidents graves. Il doit également déférer à toutes les réquisitions qui lui sont adressées par les officiers de police judiciaire, pour les constatations médicales relatives à des crimes ou à des délits.

Il donne ses soins aux accidentés du travail de toutes les entreprises privées ou publiques et aux anciens militaires et marins réformés de guerre. Il peut être conventionné par l'autorité militaire, par l'administration des Chemins de fer ou par des entreprises minières.

Enfin, dans les localités où il n'existe pas de pharmacien, il est tenu d'avoir un dépôt de médicaments qu'il délivre aux habitants avec une majoration de 25 % sur les prix officiels de la Pharmacie Centrale d'Approvisionnement de la Santé Publique.

Le médecin doit aussi se consacrer à des œuvres d'assistance sociale. Il fait des tournées de vaccination et revaccination antivarioliques et des tournées dites de « Mères et Nourrissons », qui ont pour but d'assurer la protection de l'enfance. Tous les deux mois, il se fait présenter les enfants assistés : il vérifie qu'ils se trouvent dans de bonnes conditions sanitaires et il rend compte au Préfet et au Gouverneur Général du résultat de ces visites. De même, il effectue l'inspection médicale des écoles publiques de sa circonscription : recherchant l'existence de maladies contagieuses, il donne des conseils d'hygiène et il prescrit de petits traitements effectués par les chefs d'établissements scolaires. Il collabore activement à la lutte contre les maladies sociales : paludisme, tuberculose, syphilis, trachome ; pour chacune de ces maladies, il assure des consultations spéciales suivies de traitements appropriés. Il est aussi chargé de la visite hebdomadaire des filles soumises.

Le médecin doit déclarer les maladies contagieuses, conformément à la loi, ce qui motive des mesures de désinfection obligatoire. Il est membre de la commission d'hygiène locale et il remplit les fonctions d'hygiéniste : lorsque des maladies contagieuses sont dépistées au cours des consultations gratuites, il confie à l'infirmière-visiteuse ou à l'adjoint technique le soin de rechercher les foyers qui pourraient exister dans les douars. Au besoin, il procède lui-même à l'enquête. Quand le nombre des malades atteint certaines proportions en un point de la circonscription, le médecin est prévenu par le Maire ou l'Administrateur, parfois il est directement avisé par un rapport du caïd ou du garde-champêtre. Il se transporte sans retard dans la localité qui lui est signalée : il recherche la nature des maladies et leurs causes, il visite les cas suspects, il traite les malades et fait procéder aux désinfections, il indique les mesures générales à prendre et en informe les autorités locales. Il est tenu de faire le plus rapidement possible un rapport d'enquête à l'Inspecteur départemental d'Hygiène, et il en adresse une copie au Gouverneur Général.

Suivant les articles 52 et 53 du statut des médecins de colonisation, les médecins « *adressent tous les mois au Gouverneur Général, par l'intermédiaire du Sous-Préfet et du Préfet, un rapport indiquant :*

1° *La situation de leur circonscription au point de vue épidémique (intensité, marche, terminaison, durée, mesures prises, affections méritant d'être signalées, nombre de vaccinations effectuées) ;*

2° *Le nombre des consultations gratuites données, avec les affections auxquelles elles se rapportent ;*

3° *Le mouvement détaillé des malades dans les formations hospitalières avec leur diagnostics, les*

mouvements relatifs aux transports judiciaires ;

4° *Les observations générales relatives à l'hygiène et les faits intéressant la Santé publique et toute documentation pouvant être utile à la Direction de la Santé publique. Les médecins sont tenus de rendre compte au Maire ou à l'Administrateur de l'état sanitaire de leur commune.*

Dans le courant du mois de janvier de chaque année, les médecins de colonisation doivent faire parvenir au Gouverneur Général, par voie administrative, tous les documents relatifs à l'exercice de leurs fonctions :

1° *La statistique relative au nombre et à la nature des malades traités, établie suivant un modèle déterminé ;*

2° *Les observations générales faites sur la salubrité, l'hygiène, la qualité des eaux dans les diverses localités et sur tous les faits de nature à intéresser la santé publique ;*

3° *Les remarques scientifiques que leur a suggérées l'état de la circonscription au point de vue médical ;*

4° *La constatation des maladies sociales et les mesures prises pour combattre ces maladies.* »

Avec un tel programme à remplir, il est indispensable que le médecin de colonisation soit actif et qu'il ait de sérieuses connaissances en pathologie coloniale. Le règlement prévoit qu'il doit être recruté parmi les docteurs en médecine française, âgés de moins de 35 ans et titulaires du diplôme de Médecine Coloniale ou du diplôme d'Hygiène des Universités françaises. Ces diplômes ne sont pas exigés des médecins qui sortent des écoles d'application du Service de Santé des troupes coloniales ou de la marine, ni des médecins qui ont servi au moins deux

ans dans l'armée, en Afrique du Nord ou dans les Colonies. Les internes des hôpitaux situés au siège d'une faculté de médecine, sont également admis dans les cadres. A défaut de candidat agréé par le le Gouverneur Général, le recrutement se fait au concours.

Le médecin de colonisation est soumis à un stage d'un an au minimum pour faire la preuve de son adaptation aux nécessités du service. Il est tenu d'assister périodiquement à des stages de perfectionnement dont le programme est établi chaque année; il choisit librement la matière d'enseignement. Les traitements des médecins s'échelonnent, en six classes, de 17.500 à 36.000 francs par an. Diverses indemnités s'y ajoutent : indemnités algériennes, indemnité de logement, prime pour la connaissance de la langue arabe, indemnités variables pour les services communaux, hospitaliers, judiciaires et pour les vaccinations et les tournées de « Mères et Nourrissons ». Contrairement aux autres fonctionnaires, le médecin ne reçoit pas d'indemnité de déplacement pour ses tournées. Certains postes où il y a très peu de clientèle payante, sont dits « postes déshérités » : leurs titulaires bénéficient d'une indemnité annuelle dont le maximum est fixé à 10.000 francs.

Le médecin de colonisation peut obtenir du Sous-Préfet ou du Préfet des congés ou des permissions d'absence suivant les règles communes à tous les fonctionnaires. Pour compenser le repos hebdomadaire en usage dans les administrations, un congé mensuel de deux jours lui a été accordé (Circulaire gubernatoriale n° 7.815 du 13 Septembre 1934). L'article 24 du statut des médecins de colonisation lui fait une obligation d'assurer, à ses frais, son remplacement pendant ses congés réglementaires.

Le médecin perçoit, à titre de frais d'intérim, une indemnité mensuelle de 500 francs s'il est titulaire d'une circonscription ordinaire, ou de 750 francs s'il est titulaire d'un poste déshérité. L'intérimaire doit remplir les conditions prévues par la loi et être agréé par le Préfet. Le médecin doit aviser l'autorité locale de la durée de son absence et indiquer le nom et l'adresse de son remplaçant. Les absences motivées par une période militaire ou un stage de perfectionnement ne sont pas considérées comme des congés réglementaires. Dans ce cas, l'administration désigne l'intérimaire, lui rembourse ses frais de transport, aller et retour en deuxième classe, et lui alloue une indemnité de 50 francs par jour dans les postes ordinaires ou de 70 francs dans les postes déshérités. Enfin, si l'intérimaire ne réside pas dans la circonscription, il ne peut prétendre qu'au remboursement de ses frais de déplacement et à une indemnité fixe de 30 francs, par tournée effectuée.

Les multiples occupations du médecin de colonisation absorbent facilement toute son activité. Il est donc normal qu'il ne puisse exercer des fonctions administratives en dehors de sa circonscription, sauf autorisation spéciale du Gouverneur Général. Les circulaires du Gouverneur Général Cambon (1895) et du Gouverneur Général Viollette (21 Novembre 1927) lui ont même recommandé de ne pas accepter de fonctions municipales.

Pour accomplir ses obligations, le médecin de colonisation est secondé par de précieux auxiliaires qui lui permettent d'augmenter et d'étendre son activité professionnelle.

Le collaborateur le plus direct du médecin de colonisation est l'*adjoint indigène de la santé publi-*

que, autrefois nommé auxiliaire médical indigène.

Il y a un adjoint technique dans chaque circonscription médicale. Il est nommé par arrêté du Gouverneur Général et, placé sous l'autorité immédiate et exclusive du médecin local chef du service médical, il est tenu de résider dans le centre ou le douar que l'administration lui assigne.

L'adjoint technique assiste le médecin de colonisation dans les actes médicaux, tant à l'hôpital auxiliaire que dans les tournées. Il exécute les prescriptions médicales : il fait les pansements, les injections sous-cutanées et intra-musculaires; il distribue les médicaments. Il prépare les interventions médicales ou chirurgicales et surveille les malades et les opérés. Il donne, en l'absence du médecin, les premiers secours aux blessés et aux malades.

Il doit vulgariser les notions d'hygiène parmi les indigènes et doit surveiller l'exécution des mesures générales de prophylaxie. Suivant les instructions du médecin, il effectue aussi des tournées dans la circonscription : il dépiste les maladies endémo-épidémiques et applique aux malades et à leur entourage les premières mesures de protection ; à son retour, il fait un rapport verbal à son chef. Il peut être autorisé à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques. Il peut aussi être chargé d'effectuer les désinfections. Il est souvent désigné comme chef de poste de désinfection ou comme chef de dépôt de désinfectants.

Enfin, l'adjoint technique aide le médecin à pénétrer la mentalité indigène : il lui indique certains usages locaux, lui décrit les pratiques médicales et lui signale des ruses de certains malades. Il joue parfois aussi le rôle d'interprète : il expose au médecin les symptômes manifestés par le malade et

explique au malade certaines prescriptions du médecin.

Le corps de l'auxiliarat a été créé par un arrêté du Gouverneur Général en date du 14 Novembre 1904. Son statut actuel a fait l'objet de l'arrêté du 3 Octobre 1934. Les candidats sont recrutés, après concours, parmi les jeunes gens indigènes pourvus du brevet élémentaire ou du certificat d'études de médersas. Ils accomplissent trois années d'études et doivent justifier de notes de scolarité suffisantes. Ils effectuent ensuite un stage probatoire de un an dans une circonscription médicale. Ils sont rangés en sept classes dont les traitements s'élèvent de 11.500 à 19.000 francs par an. A ces traitements s'ajoutent l'indemnité d'Algérie de 8 % et l'indemnité algérienne de 25 % pour ceux qui ont acquis la qualité de citoyen français. Enfin, les adjoints techniques reçoivent des indemnités de tournées dont les maxima annuels varient, avec les classes, de 900 à 1.200 frs par an. Ils ont droit à des congés ou à des permissions d'absence comme tous les fonctionnaires, mais ils doivent éviter de quitter la circonscription en même temps que le médecin. Leurs congés sont accordés par le Préfet ou le Sous-Préfet, après avis du médecin dont ils dépendent. Avant de s'absenter, les adjoints techniques avisent leurs chefs de service qui informent à leur tour les autorités administratives locales.

La création des *infirmières-visiteuses coloniales* est plus récente, puisqu'elle date de l'arrêté du 1er Mars 1926 et de la circulaire du 30 Octobre 1926. Les infirmières-visiteuses sont nommées également par le Gouvernement Général et elles sont tenues de résider dans la localité qui leur est désignée. Elles

sont moins nombreuses que les médecins de colonisation : une trentaine de circonscriptions médicales ne comporte pas de poste d'infirmière-visiteuse. Par contre, elles peuvent être affectées dans des postes situés dans les Territoires du Sud.

L'infirmière-visiteuse, placée sous le contrôle direct du médecin, peut l'assister dans tous les cas où il a besoin du concours d'une infirmière avertie. Elle le seconde à l'hôpital auxiliaire pendant les consultations et la visite des femmes. Elle tient généralement le registre des consultations. Elle donne des soins, distribue les médicaments et surveille l'alimentation des malades. Elle peut être chargée de la gestion de l'hôpital : elle remplit les bons de fourniture, vérifie les livraisons et établit la comptabilité. En cas d'absence du médecin, elle donne les premiers soins dans les cas urgents.

L'infirmière-visiteuse est chargée spécialement de la protection maternelle et infantile. Elle fait des tournées dans les douars : elle pénètre dans les familles musulmanes, donne des conseils, assiste les femmes dans les accouchements et au besoin provoque l'intervention du médecin. Enfin, elle dépiste les maladies contagieuses. Elle accompagne le médecin dans les tournées de « Mères et Nourrissons » : elle coopère aux vaccinations et signale les cas suspects de maladies sociales. Elle traite les petits malades suivant les instructions du médecin et distribue les secours.

Lorsqu'elle est sage-femme, elle pratique gratuitement les accouchements. Elle ne peut se constituer de clientèle particulière. « *Toutefois, dans les communes où il n'existe pas de sage-femme communale ou libre, elle peut exceptionnellement pratiquer les accouchements, sous réserve de l'autorisation du*

médecin sous l'autorité duquel elle est placée. Elle ne peut dans ce cas recevoir d'honoraires des personnes indigentes ou nécessiteuses. » (Circulaire gubernatoriale du 15 Juin 1928).

Les infirmières-visiteuses coloniales sont recrutées parmi les anciennes élèves diplômées de l'Ecole Coloniale d'infirmières-visiteuses de protection maternelle et infantile, instituée à l'hôpital Parnet à Hussein-Dey. Le programme d'enseignement comprend deux années d'études durant lesquelles les élèves suivent en particulier des cours de langue arabe et kabyle. A l'entrée de chaque promotion, la moitié du nombre des places est réservée à des sages-femmes diplômées. Les candidates à un poste d'infirmière-visiteuse, âgées de 22 ans révolus et de 30 ans au plus, sont nommées stagiaires pour un an, puis elles sont titularisées. Elles reçoivent un traitement annuel progressif, allant de 9.000 francs en 5e classe à 15.000 francs en 1re classe. Ce traitement est majoré des indemnités algériennes. Les infirmières-visiteuses sont logées ou perçoivent une indemnité de logement, elles ont droit à une indemnité journalière et une indemnité kilométrique de déplacement pour leurs tournées. Elles peuvent obtenir des congés dans les mêmes conditions que les adjoints techniques.

Enfin, un *garçon de salle* et une *femme de charge* effectuent les gros travaux à l'hôpital auxiliaire ou à l'infirmerie indigène. « *On les désigne généralement sous le nom d'infirmier et d'infirmière, titres qu'on devrait réserver aux agents de l'Assistance qui ont suivi des cours, passé des examens et acquis un diplôme conféré par l'Etat* » (Docteur Soulié).

Ils effectuent le nettoyage des locaux et du ma-

tériel. L' « infirmier » s'occupe plus particulièrement du service des hommes et il fait les courses ; l' « infirmière » s'occupe du service des femmes, de l'entretien du linge et parfois de la cuisine. Ils pratiquent l'épouillage et le douchage des malades à leur entrée à l'hôpital ; ils leur donnent ensuite les soins de propreté nécessaires et leur distribuent la nourriture. Ils vérifient au besoin la prise de médicaments par les malades durant la journée. Ils font immédiatement connaître au médecin ou aux auxiliaires, tous incidents anormaux survenant en dehors des heures de visite. Ce sont les gardiens de l'hôpital, ils ne doivent jamais s'absenter en même temps. Ils peuvent se faire aider aux menus travaux par des malades valides désignés par le médecin. Une blanchisseuse vient parfois lessiver le linge, elle reçoit un salaire journalier.

L' « infirmier » et l' « infirmière » sont nommés par le Président de la commission administrative de l'hôpital. Ils demeurent sous le contrôle technique du médecin-chef. Ils sont généralement mariés, ils logent à l'hôpital et y sont nourris. Ils perçoivent tous deux des traitements fixés par le Conseil d'administration, dont le montant global varie de 300 à 500 francs par mois selon les ressources de l'hôpital. Les emplois de garçons de salle sont inscrits dans la catégorie des emplois réservés, plusieurs de ces agents sont déjà de petits retraités.

Tout le personnel médical de la circonscription collabore à l'œuvre d'assistance : le médecin de colonisation en est l'animateur, il doit s'efforcer de faire régner « l'esprit d'équipe » pour donner toute sa valeur à l'action commune.

CHAPITRE V

L'ASSISTANCE MEDICALE DANS LA CIRCONSCRIPTION

« Le rayonnement d'une formation d'assistance, intimement lié à la valeur et à l'influence morale du médecin, se mesure toujours au nombre de femmes et d'enfants qui fréquentent la consultation.

Docteur COLOMBANI.

Le problème de l'assistance médicale en Algérie présente des difficultés particulières : le nombre des indigents est très élevé et les communes ne possèdent pas de ressources importantes et anciennes, comme en France, pour alimenter le budget de l'assistance. La Colonie doit prendre en charge une grande partie des dépenses.

Dans les campagnes, l'organisation doit s'étendre sur de vastes circonscriptions. Le service médical de colonisation réalise l'assistance aux européens et aux indigènes, à l'aide de tournées et de consultations gratuites complétées par l'admission dans les formations hospitalières.

Les *européens* sont généralement au nombre de quelques centaines dans la circonscription médicale, mais il y en a beaucoup moins dans les circonscriptions du sud. Ils vivent pour la plupart à proximité de la résidence du médecin et ceux qui habitent

dans des villages éloignés ou des fermes isolées peuvent cependant être soignés assez facilement, grâce à des voies de communications praticables. En cas d'urgence chirurgicale, ils sont rapidement évacués sur les grands centres.

Les indigents sont traités gratuitement et reçoivent, aux frais de la commune, les médicaments nécessaires. A cet effet, ils devaient figurer autrefois sur la liste des personnes admises aux secours médicaux gratuits, actuellement au contraire, on dresse la liste des non indigents. Cette liste est arrêtée tous les ans, dans le courant du mois d'octobre par des commissions municipales spéciales. Une copie doit en être remise au médecin. Elle peut être modifiée en cours d'année par des radiations d'office du Maire ou de l'Administrateur, en faveur de nouveaux indigents, sous réserve d'approbation ultérieure par l'Assemblée municipale.

Les agents des administrations publiques, dont le traitement global n'excède pas 12.000 francs par an, ont droit également aux secours médicaux gratuits, de même que leurs ascendants et leurs descendants. Ce chiffre est majoré de 1.000 francs par enfant de moins de 16 ans, et par ascendant de plus de 70 ans. Toutefois, au delà d'une distance de 6 kilomètres, le médecin a droit au remboursement de ses frais de déplacement par les administrations intéressées et suivant leurs tarifs propres. Un état de ces agents est dressé annuellement par la Commission municipale.

Les ouvriers victimes d'un accident du travail ou atteints de maladie professionnelle dont la déclaration a été faite régulièrement bénéficient de soins médicaux gratuits depuis le 1er Janvier 1921. Ces garanties ont été étendues par la suite aux ouvriers

des exploitations forestières et agricoles et aux serviteurs à gages. Les honoraires du médecin et les notes du pharmacien sont acquittés par la compagnie d'assurance de l'employeur.

Les anciens militaires et marins réformés de guerre bénéficient de la gratuité des soins médicaux et des fournitures pharmaceutiques (article 64 de la loi du 31 Mars 1919). Les mémoires des médecins et des pharmaciens sont adressés trimestriellement à la Division préfectorale de la Santé Publique pour mandatement.

Les enfants assistés placés dans la circonscription sont traités gratuitement par le médecin. Les médicaments qui leur sont délivrés sont à la charge du département.

Les étrangers sans ressources reçoivent des soins gratuits et des médicaments remboursés par le budget de l'Assistance publique.

Le médecin n'est pas tenu de donner ses soins aux femmes en couches indigentes s'il y a une sage-femme communale. Il ne termine l'accouchement que dans les cas exceptionnels où la sage-femme doit faire appel à lui.

Le médecin de colonisation fait des tournées hebdomadaires dans les villages français de la circonscription, il y assure un service de consultations gratuites pour les indigents et il visite à domicile ceux qui ne peuvent pas se déplacer. Il admet gratuitement à l'hôpital ceux dont l'état nécessite des soins particuliers. La commune contribue à part égale avec la Colonie aux frais d'hospitalisation. De nombreux hôpitaux auxiliaires sont organisés pour recevoir les malades européens. Lorsqu'une circonscription ne possède pas d'hôpital auxiliaire de ce genre, les indigents sont évacués sur les hôpitaux d'arron-

dissement ou de chef-lieu de département, comme les malades gravement atteints.

La protection de la population rurale est donc assurée dans des conditions identiques à celles des grandes villes, où des médecins communaux remplissent le même rôle que les médecins de colonisation.

L'assistance aux *indigènes* est beaucoup plus difficile à réaliser : ils sont en moyenne quarante fois plus nombreux que les européens et ils atteignent souvent le nombre de 50.000 par circonscription ; ils sont dispersés sur un territoire très étendu aux communications souvent incommodes. Le médecin reçoit des honoraires des seuls malades dont les noms figurent sur la liste des non indigents. Tout chef de famille indigène dont le montant des impositions annuelles n'excède pas 50 francs, a droit aux soins médicaux gratuits, de même que ses parents vivant à sa charge. Ce chiffre est majoré de 5 francs par enfant de moins de 16 ans, et par ascendant de plus de 70 ans. Les cinq sixièmes de la population sont indigents. Les agents subalternes des administrations publiques, les accidentés du travail, les militaires réformés de guerre et les enfants assistés bénéficient également de secours médicaux gratuits.

Les malades reçoivent les soins nécessaires dans les mêmes conditions que les européens : ils sont traités dans les consultations gratuites effectuées dans les villages français ; de plus, le médecin fait des tournées régulières dans les douars et il donne sur place des consultations aux indigents ; les médicaments gratuits sont délivrés aux frais de la commune ; les malades qui ne peuvent suivre de traite-

ment à leur domicile et qui ne peuvent recevoir de soins convenables dans les consultations, sont admis dans les formations hospitalières de la circonscription ou sont évacués sur les hôpitaux plus importants.

Pour chaque circonscription médicale, un programme de *tournées* périodiques est établi par le Préfet, sur proposition du Sous-Préfet, après entente entre le médecin et l'autorité locale. Le médecin de colonisation est tenu d'accomplir ces tournées, sauf impossibilité majeure, et *il ne peut prétendre au remboursement de ses frais de déplacement.*

Une *consultation gratuite*, exclusivement pour indigents, doit avoir lieu chaque jour en principe. En accord avec le Sous-Préfet, le médecin en détermine l'heure et le lieu. A sa résidence, cette consultation est effectuée le matin, à heure fixe, dans le local de la formation sanitaire réservé à cet effet. Elle est suivie d'une distribution de médicaments gratuits. La commune où les malades ont acquis leur domicile de secours supporte la dépense de ces médicaments et reçoit à cet effet une subvention annuelle de la Colonie. Au cours des tournées, la consultation a lieu aux endroits désignés, et de préférence dans les salles de consultations rurales.

Le médecin consacre presque toute son activité à l'assistance médicale indigène. Son action personnelle se fait rapidement sentir dans les consultations gratuites : son habitude des indigènes, l'efficacité de ses cures, son assiduité attirent de nombreux malades. Mais la distribution de médicaments gratuits est indispensable pour les retenir : ils viennent très nombreux aux consultations hospitalières, ils sont au contraire moins nombreux dans les consul-

tations du bled où il n'y a pas de distribution de remèdes. En dehors des consultations fixes, le médecin examine encore beaucoup de malades indigents dans les douars : tantôt dans le magasin d'un commerçant accueillant ou dans le bureau d'un caïd, tantôt sous le préau d'une école et même sur les routes, au pied d'un arbre ou dans les champs. Les tournées sont très fatigantes mais elles ne représentent pas une tâche complètement ingrate : le médecin a des amis dans les villages les plus éloignés de la circonscription ; il est connu de tous les indigènes ; partout, il est accueilli avec empressement ; il a conscience d'être aimé et de faire aimer son pays.

Les formations sanitaires : *hôpitaux auxiliaires*, *postes de secours* et *salles de consultations rurales* complètent l'organisation de l'assistance. Ce sont des centres d'activité médicale de très grande importance. Ils sont de conception relativement récente et s'adressent surtout aux indigènes. Ceux-ci pouvaient être admis dans les hôpitaux des grands centres depuis 1847, mais ils avaient toujours marqué une certaine répugnance pour ces établisements. Tous les villages de colonisation qui ne se trouvaient pas à proximité d'hôpitaux civils ou militaires possédaient depuis 1848 des infirmeries, mais elles ne pouvaient permettre que des soins restreints. L'initiative des formations hospitalières fut d'abord privée. Elle fut l'œuvre du Cardinal Lavigerie. C'est en 1874 que fut créé dans la plaine du Chélif le premier *hôpital indigène* : l'hôpital Ste-Elisabeth. La charité privée avait fourni les fonds nécessaires, en outre, le Gouverneur Général avait accordé une subvention pour la construction et une indemnité par journée d'hospitalisation. Devant le succès de cette entreprise, d'autres hôpitaux indigènes furent fon-

dés sur le même modèle : Ste-Eugénie, à Michelet ; St-Augustin, à Arris (1), et l'hôpital Lavigerie à Biskra. Ces hôpitaux étaient importants, l'administration ne pouvait les multiplier à cause des dépenses élevées qu'ils entraînaient. Elle s'orienta, en 1904, vers la conception des infirmeries indigènes. Un effort considérable eut lieu dans ce sens et progressivement toutes les circonscriptions médicales furent dotées de ces établissements.

L'infirmerie indigène, très simplement aménagée, comprenait un seul bâtiment avec :

Une salle de consultations, de pansements et de pharmacie ;
Une salle pour hommes (8 lits) et une salle pour femmes (4 lits) ;
Une cuisine ;
Une chambre pour l'infirmier ;
Une petite pièce pour les bains et les douches ;
Deux cabinets d'aisance extérieurs et une cour partagée en deux parties pour séparer hommes et femmes.

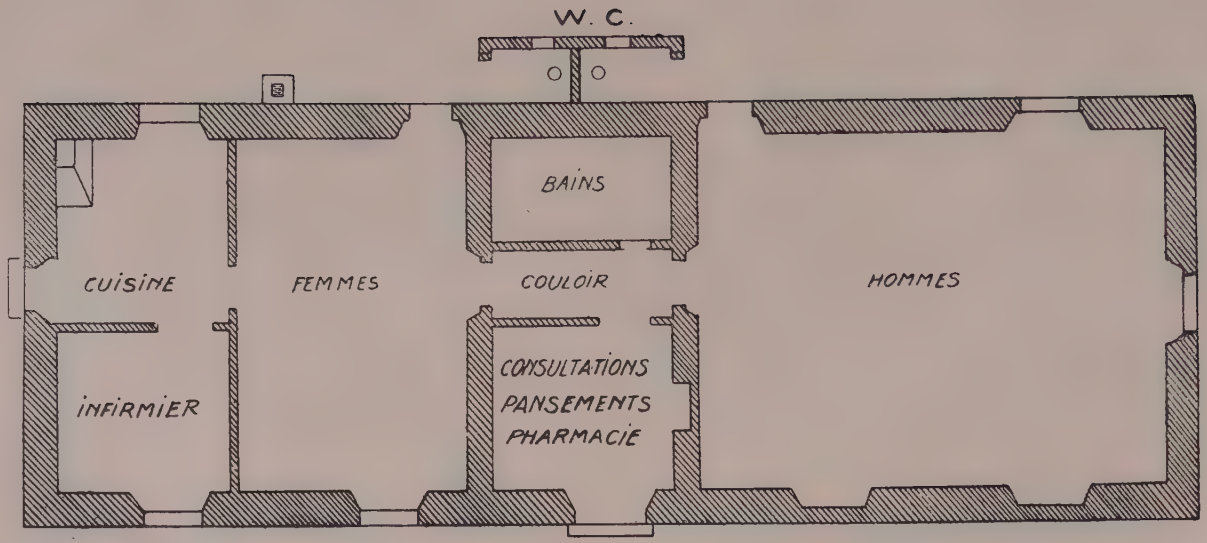
Cette installation assez sommaire s'était révélée presque toujours insuffisante et des améliorations successives y avaient été apportées. Elles comportaient généralement :

Une petite construction pour les isolés ;
Un dépôt mortuaire ;
Un dépôt de matériel ;
Une borne-fontaine pour la toilette des malades et un bassin pour laver le linge.

Il n'y avait cependant pas de local prévu pour recevoir les européens. Les consultants n'avaient pas de salle d'attente à leur disposition, ils ne venaient pas à l'infirmerie quand il pleuvait.

---

(1) Cet hôpital a cessé de fonctionner, en juin 1915.



PLAN D'UNE INFIRMERIE INDIGENE

(Plan-type de 1904)

De nouveaux aménagements furent réalisés en 1926 : des infirmeries indigènes furent agrandies ou transformées, des projets de reconstruction furent établis pour quelques-uns des anciens bâtiments et les infirmeries indigènes devinrent des hôpitaux auxiliaires.

L'*hôpital auxiliaire* est une construction assez vaste, située au centre de résidence du médecin. Il est destiné à recevoir les malades dont l'état de santé réclame un traitement particulier ou une surveillance spéciale. Le plan-type Garnier-Soulié est un hôpital de 34 lits répartis ainsi :

Indigènes, 25 lits : hommes, 14 ;
femmes, 7 ;
isolés, 4.
Européens, 7 lits : hommes, 5 ;
femmes, 2.
Maternité, 2 lits.

L'isolement et la maternité sont communs aux européens et aux indigènes.

Les services généraux comprennent :

Une salle d'attente et une galerie couverte ;
Une salle de consultations, pansements et opérations septiques ;
Une salle d'opérations aseptiques ;
Une salle pour la pharmacie servant aussi de dépôt de médicaments et de laboratoire ;
Un poste de désinfection ;
Une cuisine ;
Une lingerie ;
Une buanderie avec séchoir couvert et un bûcher ;
Un dépôt mortuaire ;
Des postes d'eau, des lavabos pour les européens et les indigènes ;

Une citerne dans les localités où il y a pénurie d'eau l'été ;

Une chambre pour le garçon de salle et pour la femme de charge ;

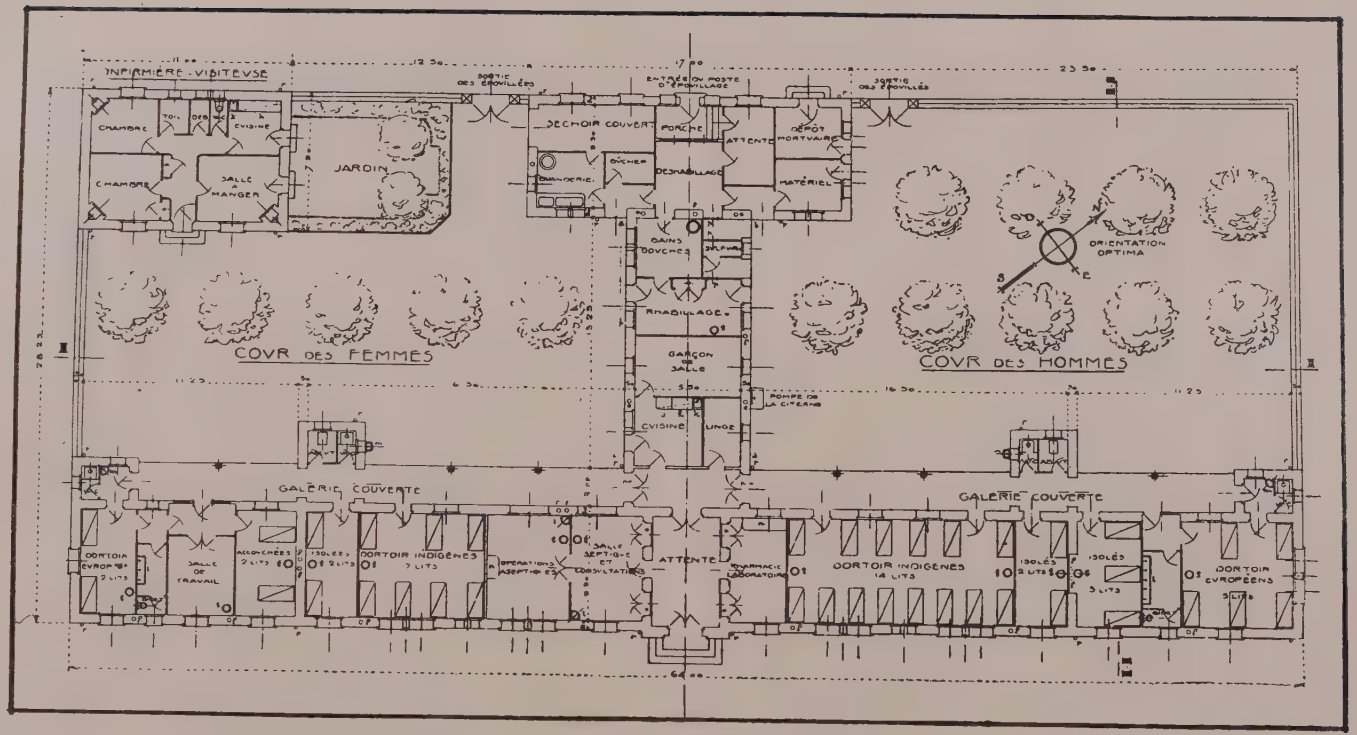
Enfin, un logement pour l'infirmière-visiteuse avec : deux chambres, une salle à manger, une cuisine, un cabinet de toilette, un cabinet d'aisance, un débarras et un petit jardin.

La salle d'attente est généralement mixte ; dans certaines localités, cependant, il est nécessaire de séparer hommes et femmes, sinon celles-ci s'abstiendraient de venir consulter.

La salle de malades et la cour des hommes sont séparées de celles des femmes.

Des lavabos spéciaux permettent aux indigènes de faire leurs ablutions rituelles.

Le poste de désinfection est soigneusement aménagé en raison de l'importance de l'épouillage dans la lutte contre la propagation du typhus. Ce poste comprend une petite cabine de sulfuration : des crochets permettent d'étendre les vêtements dans la partie inférieure. On fait brûler du soufre à la partie supérieure et l'anhydride sulfureux, plus lourd que l'air, descend sans interrompre la combustion du soufre. On laisse les objets à épouiller 24 heures au contact des vapeurs. Cette cabine peut être remplacée par les cylindres en zinc du Docteur Massonet, dans lesquels on injecte de l'anhydride sulfureux à l'aide d'une bouteille contenant du gaz comprimé. Les cylindres sont basculés à un ou deux reprises pour déplacer les vêtements dans les vapeurs et on peut les ouvrir au bout de 20 minutes. Une salle de douches, précédée de cabines de déshabillage et suivie de cabines de rhabillage, complète



PLAN D'UN GRAND HOPITAL AUXILIAIRE

(Plan-type Garnier-Soulié)

l'installation. Un chauffe-bain au bois permet l'utilisation de douches chaudes.

Les lits adoptés dans les hôpitaux auxiliaires sont du type de ceux de l'armée avec planches sur châlits. Les salles d'indigènes ont des matelas et des toiles protège-matelas mais le plus souvent il n'y a pas de draps, car les indigènes en ignorent l'usage.

Les malades sont déshabillés et douchés à leur entrée chaque fois qu'il est possible. Tous leurs vêtements sont désinfectés, étiquetés et rangés, pour leur être rendus à la sortie. Ils reçoivent en échange une chemise et des couvertures en nombre variable selon la saison. Les coutumes des indigènes en matière d'habillement, de couchage et de nourriture sont respectées le plus possible, mais on s'efforce de leur inculquer des habitudes de propreté. Lorsque l'hôpital possède des ressources suffisantes, chaque malade homme reçoit pour circuler une « djelaba », et chaque malade femme une « gandoura » ; ces malades sont chaussés d'une paire de babouches ou de « qebqab » (sandales à semelles de bois retenues au pied par une lanière de cuir).

Les dépenses entraînées par la construction des hôpitaux auxiliaires incombent à la Colonie pour les cinq sixièmes et pour un sixième à la commune ou au groupe de communes qui en ont demandé la construction. Ces hôpitaux ne sont donc pas des établissements communaux comme en France, mais des établissements coloniaux. A ce titre, ils sont placés sous l'autorité du Préfet.

Un *règlement intérieur*, variable avec les localités, fixe les modalités de leur fonctionnement. Il doit être approuvé par le Préfet. D'après le « Bulletin du Syndicat Professionnel des Médecins de Coloni-

sation », du mois de Juillet 1938, le règlement-type est le suivant :

L'hôpital auxiliaire est administré par une commission composée d'un Président, le Maire ou l'Administrateur, et de six membres européens et indigènes. Deux d'entre ces membres sont conseillers municipaux, les autres sont nommés par le Préfet pour quatre ans. La commission administrative dirige et surveille les services intérieur et extérieur de l'hôpital auxiliaire. Elle délibère sur les questions de recettes et de dépenses, d'entretien des bâtiments et du matériel, sur les projets de travaux concernant des aménagements nouveaux, sur l'acceptation de dons et de legs, enfin, sur le placement des fonds et des emprunts. Elle peut s'adjoindre un secrétaire-comptable qui est généralement le Secrétaire de la mairie, et qui reçoit à cet effet une rémunération à la charge de l'hôpital. Il est aidé dans la comptabilité-matières par l'infirmière-visiteuse, chargée habituellement des fonctions d'Econome, et rémunérée mensuellement sur le budget de l'hôpital. Les fonctions de receveur sont remplies par le Receveur municipal qui perçoit une indemnité fixée par le Préfet.

Le service médical et pharmaceutique est confié au médecin de colonisation qui en assure la direction et le contrôle technique. Il a sous ses ordres directs l'infirmière-visiteuse, l'adjoint technique et le personnel subalterne. Le médecin traite gratuitement les malades. Il reçoit une indemnité annuelle proportionnelle au nombre de journées d'hospitalisation. Cette indemnité dont le minimum est généralement fixé à 3.600 francs, est payable mensuellement sur le budget de l'hôpital.

Toutes les fournitures en médicaments, matériel,

alimentation sont ordonnées par bons signés du médecin et transmis pour approbation au Président de la commission administrative.

L'admission des malades est faite sur un bulletin signé par le médecin et remis au Président de la commission administrative pour le règlement des questions de comptabilité. Le médecin est seul qualifié pour prononcer l'entrée ou la sortie des malades. S'il est absent, l'infirmière-visiteuse ou l'adjoint technique peuvent admettre les malades ou les blessés graves. Si ces auxiliaires jugent qu'une intervention d'urgence est nécessaire, ils doivent diriger les malades ou les blessés sur l'hôpital d'arrondissement. Le médecin, avisé dès son retour, doit régulariser l'admission faite en son absence.

Une consultation gratuite suivie de distribution de médicaments gratuits a lieu tous les matins, à heure fixe. Ces médicaments, commandés par la commune à la Pharmacie Centrale d'Approvisionnement, constituent un dépôt particulier réservé aux consultants. La pharmacie de l'hôpital est exclusivement destinée aux malades hospitalisés. Trois fois par semaine les consultations sont orientées plus spécialement vers le traitement des maladies sociales : paludisme, maladies vénériennes, maladies des yeux, et le service fonctionne à la manière d'un dispensaire. La visite des malades hospitalisés a lieu tous les matins, la contre-visite l'après-midi. Le médecin inscrit et signe chaque jour ses prescriptions sur un registre spécial. Les médicaments, objets de pansements et instruments médicaux, sont enfermés dans des armoires dont le médecin a les clefs. Les médicaments et les substances des tableaux A et B sont séparés conformément à la loi. Une réserve de médicaments d'urgence est à la disposition des auxi-

liaires jour et nuit. Leur emploi doit être justifié et noté sur le registre des prescriptions. Les médicaments qui ne peuvent être fournis par l'hôpital auxiliaire sont demandés au pharmacien de la localité, sur ordonnances détaillées et sur bons signés par le médecin. Ces bons doivent être approuvés par le Président de la commission administrative.

L'infirmière-visiteuse et l'adjoint technique assistent le médecin pendant les consultations et la visite. L'infirmière est chargée du service des femmes, l'adjoint technique de celui des hommes. Ils ont, chacun dans leur service, la responsabilité de la distribution des médicaments et de l'exécution des prescriptions. L'infirmière assure généralement le rôle d'Econome. Elle peut recevoir les dépôts de bijoux ou de sommes d'argent appartenant aux malades.

Le personnel subalterne est constitué par l' « infirmier », l' « infirmière » et parfois des journaliers supplémentaires. Il est proposé par le médecin et nommé par le Président de commission administrative ; il est rétribué sur le budget de l'hôpital. L' « infirmier » et l' « infirmière » sont chargés des travaux d'entretien des salles des malades et des locaux de l'établissement. Ils sont logés et nourris. Ils peuvent être tenus de préparer et de distribuer l'alimentation des malades.

Les repas sont servis à 6 heures, 11 h. 30 et 17 h. 30. Chaque malade reçoit par jour, en principe :

600 grammes de pain ;
250 grammes de viande, poisson ou abâts ;
60 grammes de légumes secs, pâtes ou riz ou
300 grammes de légumes frais ;
16 grammes de café ;
12 grammes de sucre ;
tisane à volonté.

Vue générale d'un Hôpital auxiliaire (Azazga)

Dans l'attente de la consultation gratuite d'un hôpital auxiliaire

Les enfants reçoivent demi-ration. La préparation et la distribution des aliments sont l'objet d'une surveillance sévère de la part du médecin et de l'infirmière-visiteuse. La fourniture de l'alimentation peut être assurée par voie d'adjudication. Dans ce cas, il est procédé à des adjudications distinctes pour les européens et les indigènes. Les régimes spéciaux, le lait, le bouillon de légumes, sont délivrés d'après des bons signés du médecin.

Le prix de journée est déterminé par le Préfet au début de chaque année, d'après le relevé des dépenses et des hospitalisations de l'exercice annuel précédent. Ce prix peut être révisé en cours d'année. Tout malade payant est admis, sauf les cas d'urgence, moyennant le dépôt entre les mains du Receveur d'une somme représentant quinze jours de frais de séjour. Il paye le surplus, de quinzaine en quinzaine et d'avance jusqu'à sa sortie. Les sommes perçues en trop lui sont remboursées. Un cautionnement écrit et signé est exigé pour les malades, les blessés ou les victimes d'accidents du travail admis au compte de particuliers. Les malades indigents sont hospitalisés gratuitement. Dans les deux jours qui suivent l'admission du malade, un bulletin détaillé de renseignements est transmis au chef de la commune où le malade est censé avoir acquis son domicile de secours. Pour les malades qui ne possèdent pas de domicile de secours communal, le bulletin de renseignements est transmis au Contrôle Central des Services d'Hospitalisation. La moitié des frais d'hospitalisation est à la charge de la Colonie, l'autre moitié est supportée par la commune du domicile de secours, ou par la Colonie si le malade n'a pas de domicile de secours. Les frais d'inhumation doivent être supportés dans les mêmes propor-

tions par les collectivités intéressées.

Le règlement intérieur de l'hôpital auxiliaire ne peut être modifié que par délibération de la commission administrative approuvée par le Préfet.

L'hôpital auxiliaire fonctionne avec un matériel médical assez restreint qui est approximativement celui qu'utilise en clientèle le médecin de colonisation. Ce matériel comprend, en général :

Pour les consultations :

Une table d'examen ;
Un stéthoscope biauriculaire ;
Un abaisse-langue métallique ;
Un marteau à réflexes ;
Un appareil à mesurer la tension artérielle ;
Des seringues en verre de volumes différents ;
Un jeu d'aiguilles de longueur et de diamètre différents ;
Une lampe à alcool ;
Des verres à pied gradués ;
Quelques tubes à essai ;
Deux tubes d'Esbach ;
Deux flacons de Liqueur de Fehling A et B et un flacon d'acide trichloracétique ;
Des lames et des lamelles.

Pour la petite chirurgie :

Des bistouris ;
Des pinces à mors plats et à griffes ;
Des pinces hémostatiques de Kocher et Péan ;
Des ciseaux droits, des ciseaux courbes, des ciseaux fins et des ciseaux à pansements ;
De petites aiguilles courbes à suture ;
Une grande et une petite aiguille de Reverdin droite ;
Un nécessaire à agrafes métalliques de Michel ;

Du fil de lin, du catgut et des crins de Florence :
Une série de trocarts à ponction ;
Un thermo-cautère ou un galvano-cautère ;
Un scarificateur à ventouses et une série de ventouses ;
Quelques cuvettes émaillées rondes et réniformes.

Pour les avulsions dentaires :
Un lot de 5 ou 6 daviers ;
Une langue de carpe ;
Un ouvre-bouche ;
Un miroir laryngien et une pince à mors pointus ;
Une seringue à anesthésie dentaire.

Pour l'oto-rhino-laryngologie :
Un spéculum nasal de Duplay ;
Un jeu de 3 spéculum auri de Toynbee ;
Une pince à oreilles ;
Une grande seringue pour lavages ;
Un miroir frontal de Clar ;
Une boîte d'instruments complète pour trachéotomie avec canules de Krishaber.

Pour l'ophtalmologie :
Une lentille de 10 D. pour examens cornéens ;
Deux aiguilles pour extraction de corps étrangers ;
Un releveur de Desmares ;
Un crochet à kystes ;
Une pince à chalazion ;
Un nécessaire à trichiasis ;
Un tube à examen de fond d'œil.

Pour les examens rectaux :
Un rectoscope de Bensaude et quelques doigtiers à un doigt.

Pour les examens génito-urinaires :

Une série de sondes uréthrales pour hommes ;
Deux sondes pour femmes ;
Un bock et des canules uréthrales ;
Des spéculum vaginaux ;
Deux pinces de Museux ;
Deux pinces à pansements utérins ;
Une série de dilatateurs de Hégar ;
Un hystéromètre ;
Deux curettes mousses.

Pour les accouchements :
Un stéthoscope ;
Quelques doigtiers à deux doigts ;
Des paires de gants ;
Deux pinces de Kocher ;
Une paire de ciseaux droits à bouts ronds ;
Du fil de lin ;
Une aiguille de Reverdin très courbe pour périnéoraphie ;
Quelques tubes de crins de Florence ;
Un forceps de Tarnier ;
Un basiotribe de Tarnier ;
Un masque à anesthésie.

Pour les autopsies :
Des paires de gants ;
Un couteau long et un fort bistouri ;
Une pince à griffes ;
Deux écarteurs à griffes ;
Une scie ;
Un marteau et un burin ;
Une aiguille à cadavre.

Ce matériel devrait être complété par :
Une bascule médicale et une toise ;
Un assortiment de verrerie et de produits chimiques usuels pour des examens sommaires de laboratoire ;

Un uréomètre ;
Un tube de Faucher et une sonde d'Einhorn ;
Un autoclave Chamberland ;
Un stérilisateur dit Poupinel ;
Un incinérateur de pansements ;
Une glacière pour la conservation des sérums et de certains produits ;
Un microscope de bactériologie et un assortiment de colorants ;
Un appareil de radioscopie.

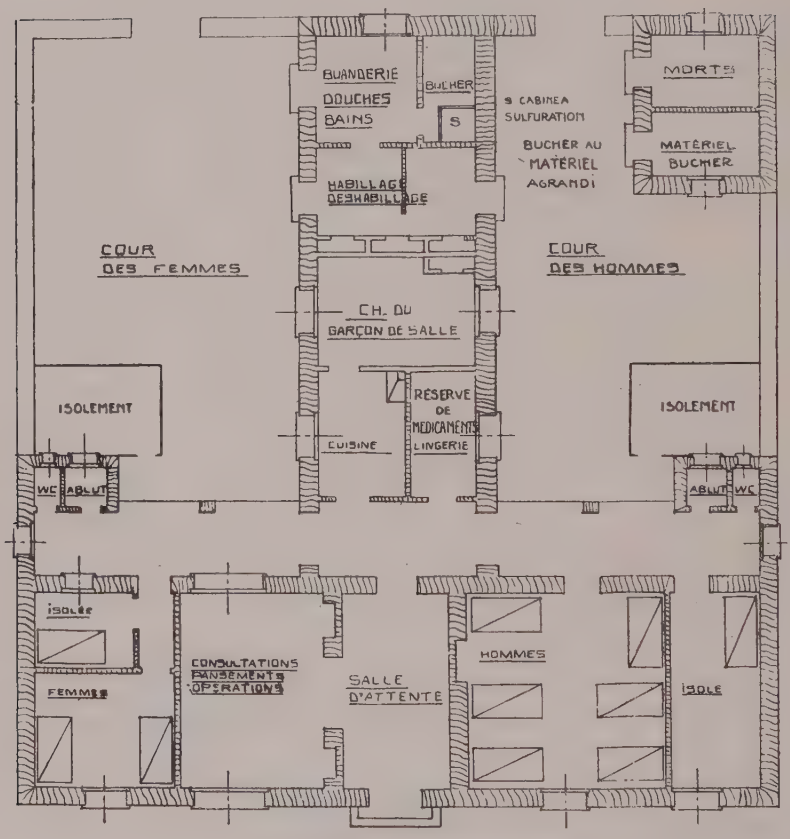
Un matériel suffisant pour permettre les interventions courantes est prévu dans certains hôpitaux. Ce matériel est inutilisé le plus souvent, car les chirurgiens des grands centres ne viennent pas opérer à l'hôpital auxiliaire et le médecin de colonisation n'a pas la formation ni le temps nécessaires pour pratiquer la grande chirurgie. Les malades chirurgicaux sont évacués sur les hôpitaux d'arrondissement ou sur les hôpitaux de chef-lieu de département.

Telle est l'organisation de l'hôpital auxiliaire moderne, mais pour des raisons budgétaires plusieurs de ces établissements ont une installation moins complète.

Le *poste de secours* a été créé il y a environ une dizaine d'années. Cette formation sanitaire tient le milieu entre l'hôpital auxiliaire et l'infirmerie indigène. Elle comprend quelques lits seulement, mais elle possède une organisation complète au point de vue prophylactique et thérapeutique :

Salle d'attente mixte ou double ;
Salle de consultations et de pansements ;
Pharmacie ;
Poste complet de désinfection ;
Salles d'isolement ;

Lingerie ;
Logement de l'infirmier ;
Dépôt de matériel et bûcher ;
Dépôt mortuaire.



PLAN D'UN POSTE DE SECOURS
(in Raynaud-Soulié-Picard)

Les européens peuvent à la rigueur être hospitalisés dans les salles d'isolement. Le logement de l'infirmière-visiteuse n'est pas prévu. Quelques modi-

fications simples permettent à cet établissement de s'adapter aux besoins de chaque localité.

Les indigènes viennent nombreux aux consultations, mais en général ils ne recherchent pas leur admission à l'hôpital. Le poste de secours beaucoup moins coûteux que l'hôpital auxiliaire, beaucoup mieux aménagé que l'infirmerie indigène, remplit parfaitement son but d'assistance.

Les formations sanitaires des circonscriptions médicales comprennent :

76 *hôpitaux auxiliaires,* soit :

— 23 dans le département d'Alger ;
— 20 dans le département d'Oran ;
— 33 dans le département de Constantine ;

et 9 *postes de secours,* soit :

— 1 dans le département d'Alger ;
— 1 dans le département d'Oran ;
— 7 dans le département de Constantine.

Il y a donc un total de 85 établissements pour 112 circonscriptions médicales. Plusieurs d'entre elles ne possèdent pas de formation hospitalière propre, la population peut recevoir les soins nécessaires dans un hôpital auxiliaire voisin ou dans un hôpital indigène, un hôpital communal ou un hôpital militaire situés dans la circonscription.

Au cours des tournées, le médecin effectue des consultations gratuites qui ont lieu de préférence dans les *salles de consultations rurales :* ce sont de petites constructions élevées auprès des marchés et aux nœuds de communication. Le nombre de ces bâtiments est actuellement d'une centaine. Chacun d'eux comprend en général deux pièces :

Une salle d'attente et
Une salle de consultations.

Certains projets prévoient l'aménagement de salles d'attente doubles, pour hommes et pour femmes, d'une petite chambre de dépôt de médicaments et de cabinets d'aisance.

D'autre part, des abris destinés à recevoir les mères et les nourrissons, lors des tournées d'assistance maternelle et infantile, peuvent servir aussi de salles de consultations pour le médecin. La construction d'un de ces abris a été prévue dans chaque douar, sur un emplacement voisin des centres indigènes déterminé après avis des djemâas. Le prix de revient du bâtiment ne devait pas dépasser 15.000 francs (Instruction du Gouverneur Général du 18 Janvier 1934). Les abris sont composés de deux pièces, comme les salles de consultations rurales ; ils ont été multipliés depuis 1929, mais ils n'atteignent encore que le nombre de 120 dont les deux tiers environ sont répartis dans le département de Constantine.

La plupart du temps, les salles de consultations rurales, les abris de mères et nourrissons ne possèdent ni matériel médical, ni médicaments, ni eau, et ils sont fermés en dehors des tournées du médecin. Dans ces conditions, les consultations rurales ne connaissent pas l'affluence des consultations hospitalières, sauf dans les tournées d'assistance maternelle et infantile où la distribution de secours attire une grande partie de la population des douars.

Enfin, des *dispensaires indigènes privés* sont répartis dans certaines régions. Ils sont organisés par différentes œuvres, en particulier par les Pères Blancs, par les Sœurs Missionnaires de N.-D. d'Afrique et par les Méthodistes anglicans. Ces établissements reçoivent chaque année une subvention de l'Etat. Le médecin les visite régulièrement et en as-

sume la direction technique ; il perçoit une indemnité de déplacement prélevée sur la subvention annuelle.

Les dispensaires fonctionnent comme le service de consultations gratuites et comme le service de dispensaire de l'hôpital auxiliaire. Le médecin est assisté par un personnel religieux qui peut effectuer des traitements journaliers très simples et qui peut assurer des gardes à domicile. Un dépôt de médicaments courants permet la distribution gratuite de remèdes aux indigents et le traitement des maladies sociales.

Le Service d'assistance médicale dans les circonscriptions médicales de colonisation est un organisme fixe de *lutte contre les maladies contagieuses :* le médecin isole et traite les malades contagieux, il vaccine leur entourage lorsque cela est possible, il prescrit les épouillages ou les désinfections nécessaires. Il déclenche les mesures de protection sanitaire par la *déclaration des maladies contagieuses,* conformément à la loi, au moyen du carnet à souche mis à sa disposition par le Service départemental d'Hygiène. Pour chacune des maladies figurant sur la nomenclature, le médecin adresse un bulletin au Maire ou à l'Administrateur et un bulletin au Sous-Préfet qui le transmet au Préfet et à l'Inspecteur départemental d'Hygiène. Le Maire ou l'Administrateur font parvenir la déclaration au chef de poste de désinfection et avisent le Préfet et l'Inspecteur départemental d'Hygiène de l'exécution des mesures de protection. L'Inspection départementale d'Hygiène dresse le casier sanitaire des communes avec les déclarations des médecins et transmet un état journalier et un état décadaire de ces déclarations à la Direction de l'Administration Générale, Sous-

Direction de la Santé Publique, au Gouvernement Général. Le Service de la Santé Publique publie les états décadaires des Territoires du Nord et des Territoires du Sud de l'Algérie, du Maroc et de la Tunisie dans le Bulletin Décadaire du Gouvernement Général, adressé à tous les médecins de colonisation.

Le *Service de désinfection* placé sous l'autorité et le contrôle de l'Inspecteur départemental d'Hygiène ne possède que des postes secondaires ou des dépôts de désinfectants et des postes d'épouillage dans les circonscriptions médicales de colonisation. Ils sont organisés dans les hôpitaux auxiliaires. Les chefs de postes ou de dépôts sont choisis sur place parmi les fonctionnaires qui sont au courant des opérations de désinfection. Ce sont généralement les adjoints techniques ou des infirmiers, des douaniers, des gardes-champêtres ou des militaires retraités. Ils reçoivent une petite indemnité annuelle ainsi que des frais de déplacement et des vacations pour chaque désinfection. Ces dépenses sont inscrites au budget de l'Inspection départementale d'Hygiène.

Si les maladies contagieuses dépassent les moyens de défense locale, *l'équipe sanitaire mobile* est alertée. Cette équipe est un organe départemental dépendant administrativement de la Division préfectorale chargée de la Santé Publique et placé sous la direction technique de l'Inspecteur départemental d'Hygiène. Une équipe de réserve placée sous les ordres immédiats du Sous-Directeur de la Santé Publique est utilisée en renfort sur tout le territoire de l'Algérie.

Les équipes sanitaires mobiles sont spécialement organisées pour le dépistage et les examens rapides des malades suspects, pour le douchage et l'épouil-

lage des populations, pour la désinfection des effets et des locaux ; elles permettent enfin d'assurer sur place l'isolement et les soins d'urgence aux malades, au début d'une épidémie. Elles comprennent un médecin-chef, un adjoint technique indigène, un infirmier ou une infirmière-visiteuse, un chauffeur et des hommes de peine recrutés selon les besoins dans les localités où l'équipe s'installe. Ce personnel dispose d'une camionnette de 1.000 kilogs avec une remorque pour transporter un équipement comportant :

— du matériel de désinfection et de prophylaxie (tonnelets de zinc pour sulfurations, cylindres d'anhydride sulfureux, soufre, formol, crésyl, etc...) ;

— du matériel de lavage (appareil à douches de 4 pommes, seaux, brosses, serviettes, savon noir, mélange à parties égales de pétrole et d'huile camphrée pour remplacer ou compléter la douche savonneuse, tondeuses, pommade de Milian, etc...) ;

— des médicaments et pansements de première urgence contenus dans un panier passe-partout et 2 paniers de réserve ;

— Une cantine avec microscope et laboratoire portatif ;

— Deux tentes marabout, 1 tente doublée genre officier, des brancards et un matériel de couchage pour le personnel et pour 8 malades.

Le budget de l'équipe départementale est établi par le régisseur-comptable de l'Inspection départementale d'Hygiène. Les dépenses sont mandatées par la Préfecture sur les crédits délégués par l'Inspection départementale d'Hygiène. Les avances faites par le médecin-chef pour des achats sur place,

en cas d'urgence, et pour le salaire des hommes de peine sont remboursées dans les mêmes conditions. Le budget de l'équipe de réserve du Gouvernement Général est établi par les services de la Sous-Direction de la Santé Publique. L'Inspecteur Général Administratif de la Santé Publique vérifie l'existence du matériel et son bon état de conservation.

Le rendement journalier de l'équipe est variable avec les régions où se déploient ses moyens d'action : par exemple, le nombre des épouillages est de 50 quand les indigènes habitent des gourbis disséminés, il est de 300 dans les colonies ouvrières des grands domaines. Le médecin-chef adresse un compte rendu des opérations effectuées à l'Inspecteur départemental d'Hygiène, tous les cinq jours et même tous les jours si la situation l'exige.

Le service de l'assistance médicale dans les circonscriptions médicales est placé sous l'autorité du Sous-Directeur de la Santé Publique au Gouvernement Général et sous le contrôle de l'Inspecteur départemental d'Hygiène. Un inspecteur de l'Assistance médicale indigène, attaché au Gouvernement général, fait des tournées d'inspection dans toutes les formations hospitalières des circonscriptions médicales.

Le médecin de colonisation adresse à l'Inspecteur départemental d'Hygiène une fiche hebdomadaire indiquant le nombre total des lits de l'hôpital auxiliaire ou du poste de secours de la circonscription et le nombre des malades hospitalisés chaque jour de la semaine précédente. Les indications de ces fiches sont portées sur un graphique qui traduit la marche des formations hospitalières. Le médecin doit également fournir un rapport mensuel au Gouverneur

Général et à l'Inspecteur départemental d'Hygiène sur le fonctionnement du service de consultations gratuites et le fonctionnement de l'hôpital auxiliaire ou du poste de secours, et il doit formuler les observations générales relatives à la Santé publique dans la circonscription. Le médecin de colonisation fait, enfin, parvenir un rapport annuel au Gouverneur Général, dans le courant du mois de Janvier : ce rapport établit le nombre et la nature des maladies traitées, les mesures prises pour les combattre, les remarques sur le fonctionnement du service médical, et les observations générales sur l'état sanitaire de la circonscription.

CHAPITRE VI

L'ASSISTANCE SOCIALE DANS LA CIRCONSCRIPTION

« Tant que nous n'aurons pas fait pénétrer jusqu'au fond des douars tous les moyens que la science peut mettre à la disposition de la femme qui souffre et qui enfante, notre œuvre civilisatrice dans ce pays comportera des lacunes regrettables. »

Professeur LAFFONT (1927)

Les Pouvoirs Publics en Algérie tendent depuis ces dernières années à développer l'organisation de la médecine dans le sens social. Il ne suffit pas de dispenser largement médicaments, vaccins et sérums pour améliorer la santé publique, il faut aussi permettre à l'individu de mieux se défendre contre l'invasion de la maladie, en le plaçant dans les conditions d'hygiène les plus favorables, en l'aidant dans son développement physique, en corrigeant ses tares, en lui évitant les risques d'infection, d'intoxication ou d'accident.

L'assistance sociale comprend des mesures de Protection de l'Enfance, de Lutte contre les Fléaux Sociaux, d'Assistance aux Familles Nombreuses et d'Aide aux Vieillards, aux Infirmes et aux Incurables.

Les premières réalisations de médecine sociale ne furent pas sans rencontrer d'obstacles parce qu'elles augmentaient les charges du budget de la Santé Publique, alors que l'assistance médicale nécessitait

encore de nombreuses améliorations, mais à l'heure actuelle l'assistance sociale se développe de plus en plus dans les circonscriptions médicales.

L'œuvre des *enfants assistés* est la plus ancienne des œuvres d'assistance sociale en Algérie : elle a été instaurée par le décret du 6 Mars 1907. La liste des enfants assistés est dressée dans chaque commune, elle mentionne également le nom du nourricier ou du patron. Le médecin de colonisation doit recevoir cet état tous les ans dans le courant du mois de Janvier. Il soigne gratuitement ces enfants et il ordonne des médicaments qui sont à la charge du département. Il se fait présenter les pupilles de l'Assistance placés dans sa circonscription, tous les deux mois, il vérifie leur état de santé et les conditions d'hygiène dans lesquelles ils vivent. Il rend compte du résultat de ses visites au Gouverneur Général et au Préfet dans un rapport périodique. Un Inspecteur départemental de l'Assistance Publique, placé sous l'autorité du Préfet, administre le service des enfants assistés et contrôle leur placement.

Les *vaccinations et revaccinations antivarioliques* ont été rendues obligatoires en Algérie par le décret du 27 Mai 1907. Les listes des personnes devant être vaccinées sont dressées tous les ans par les soins des chefs de commune et des caïds. Le médecin de colonisation effectue les vaccinations au cours de tournées : il est assisté par ses auxiliaires et peut les autoriser à pratiquer seuls les vaccinations, sous sa responsabilité. Les demandes de vaccin sont adressées à l'Inspecteur départemental d'Hygiène et transmises à l'Institut Pasteur qui fait directement les envois aux praticiens. Le Service des Vaccinations Antivarioliques, rattaché à la 5e Division préfecto-

rale, supporte les dépenses de vaccin, vaccinostyles et alloue aux agents vaccinateurs une indemnité journalière de tournée, une indemnité kilométrique de transport et une indemnité de 0 fr. 25 par personne vaccinée. Les états des personnes vaccinées sont adressés à l'Inspection départementale d'Hygiène.

La *Protection Maternelle et Infantile* a été organisée en 1926 avec la création du service de l'*Assistance aux Mères et Nourrissons* et du corps des Infirmières-visiteuses. Le service de l'assistance aux mères et nourrissons prévoit l'institution de consultations gratuites, ouvertes à toutes les mères européennes et indigènes, dans chaque commune, quatre fois par an : le médecin de colonisation examine et traite les enfants, à l'occasion il procède aux vaccinations, il donne des conseils aux mamans. L'infirmière-visiteuse le seconde, elle lui signale les enfants de santé suspecte et distribue les remèdes. Des secours en nature sont délivrés dans les consultations; ils ont été substitués aux allocations primitivement prévues qui étaient insuffisantes ; ce sont des produits alimentaires (lait condensé, sucre, farines), ou des objets d'habillement ou de toilette (petites robes, mouchoirs de tête, serviettes, mains de toilette, savon). Ces distributions assurent le succès des consultations dans la population indigène. Des abris spéciaux ont été aménagés au voisinage des centres indigènes importants pour éviter des déplacements pénibles aux femmes musulmanes, de manière à augmenter le rendement des consultations. A défaut d'abris, le médecin visite femmes et enfants sur place, en plein air, au cours de tournées trimestrielles dites de « mères et nourrissons ».

Les dépenses afférentes à cette œuvre sont à la

Une salle de consultations rurales

Une consultation en plein air pour les mères et les nourrissons

charge de la commune pour un cinquième et à la charge de la Colonie pour les quatre cinquièmes. Les secours en nature sont achetés sur les crédits par les soins de la commune ; le médecin perçoit une indemnité de déplacement pour ses tournées et une indemnité par enfant examiné. Le Service d'Assistance aux Mères et Nourrissons, rattaché administrativement à la 4e Division préfectorale, fonctionne dans toutes les communes qui ont voté leur part contributive.

En dehors des tournées du médecin, l'infirmière-visiteuse se rend auprès des femmes et des enfants à domicile, avec l'assentiment des familles, et leur donne des conseils pratiques d'application facile. Des dames de charité et des missionnaires peuvent remplir aussi un rôle analogue, sous le contrôle du médecin.

Le fonctionnement du service d'assistance aux mères et nourrissons a été réorganisé par les décisions du Gouverneur Général de 1928 et 1929 et a été ensuite l'objet de nombreuses circulaires. Une Instruction du 18 Janvier 1934 a complété l'organisation des services de Protection Maternelle et Infantile. Des *consultations pré-natales et post-natales* ont été prévues dans les hôpitaux auxiliaires et les salles de consultations rurales. Ces consultations ont pour but de prévenir les dystocies, de combattre la mortalité et d'enseigner à la mère des notions d'hygiène indispensables. Des fiches spéciales délivrées par la Pharmacie Centrale d'Approvisionnement permettent de noter les résultats des trois examens pratiqués au cours de la grossesse, aux 3e, 5e et 8e mois. L'*assistance des femmes en couches* a été prévue à domicile dans le bled. Les infirmières-visiteuses, quand elles ne sont pas sages-femmes,

doivent être entraînées à donner des soins aux parturientes. Enfin, des essais de formation d'*infirmières-visiteuses indigènes* et d'*éducation de matrones* ont été encouragés.

La délivrance du brevet d'infirmière-visiteuse indigène d'Hygiène sociale a été réglementée par un arrêté du Ministre de la Santé Publique du 3 Mai 1934. Une circulaire gubernatoriale du 26 Décembre 1934 a fixé le mode de recrutement et la formation de ces infirmières : elles accomplissent deux années d'étude et reçoivent une formation générale élémentaire et une éducation pratique orientée vers les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants. Elles subissent un examen de sortie devant un jury d'Etat et elles sont ensuite rétribuées par les communes ou par la Colonie. Trois écoles fonctionnent actuellement à Souma, Oued-El-Alleug-Montpensier et Sétif et elles paraissent donner de bons résultats. Des infirmières-visiteuses indigènes, encadrées par les infirmières-visiteuses européennes et demeurant sous le contrôle permanent des médecins de colonisation, collaborent à l'assistance maternelle et infantile dans quelques circonscriptions médicales. Ces infirmières sont appelées à rendre de grands services, si elles demeurent dans leurs attributions, car elles pénètrent dans les milieux musulmans les plus fermés.

La protection de l'enfance se poursuit dans l'âge scolaire et le médecin de colonisation effectue l'*Inspection des écoles* tous les deux mois. Une fiche consacrée à chaque enfant porte l'indication de ses antécédents familiaux et personnels et les renseignements fournis par un examen médical détaillé. Le médecin se borne parfois à un examen rapide et au dépistage des maladies contagieuses dans les circons-

criptions très étendues. La teigne, le trachome, les maladies cutanées, la tuberculose, la syphilis sont recherchés et traités. L'éviction des enfants est prononcée quand elle est jugée nécessaire. Le médecin vaccine les écoliers et leur donne sur place de petits soins. Il dirige leur éducation physique et il peut éventuellement être appelé à guider leur orientation professionnelle. Il vérifie enfin les conditions générales de salubrité, d'aération, de chauffage et d'éclairage des locaux scolaires et le conditionnement des lieux d'aisance et des douches. Il surveille aussi l'alimentation distribuée dans les *cantines scolaires.* L'infirmière-visiteuse assiste le médecin, elle assure la liaison entre le praticien et les familles des élèves : elle renseigne les parents sur la santé de leurs enfants et elle effectue des enquêtes à domicile. L'instituteur peut souvent exécuter des traitements simples, suivant les conseils du médecin dans les écoles isolées, il dispose à cet effet d'une petite pharmacie. Il joue aussi le rôle d'agent quininisateur et son concours est très précieux.

Le médecin de colonisation accepte généralement d'assurer le contrôle médical des *colonies de vacances* situées dans sa circonscription. Il visite les établissements deux fois par semaine : il surveille la santé, le développement physique des enfants et il vérifie l'hygiène des locaux, comme il le fait pour l'inspection médicale scolaire.

La création de *centres de protection maternelle et infantile* a été recommandée par la circulaire ministérielle du 15 Juillet 1931. La direction de ce centre est confiée au médecin de colonisation qui se tient en rapport avec les autres organisations d'hygiène sociale.

Les services de protection maternelle et infantile

sont placés sous la direction de l'Inspecteur départemental d'Hygiène et le contrôle administratif de l'Inspecteur départemental d'Assistance. L'Inspecteur départemental d'Hygiène vérifie l'exécution des mesures prescrites par la Sous-Direction de la Santé Publique ; il centralise tous les renseignements à présenter au Préfet ou à adresser au Gouverneur Général. Les Inspecteurs départementaux d'Hygiène et d'Assistance demeurent en liaison étroite. Enfin les trois conseillers sanitaires techniques de la Sous-Direction de la Santé Publique et les deux médecins consultants de l'Inspection départementale d'Hygiène peuvent également être chargés de missions de contrôle technique.

Le paludisme, le trachome, la tuberculose, la syphilis sont des maladies particulièrement fréquentes en Algérie. L'ensemble des mesures de défense prises contre ces maladies représente la *lutte contre les fléaux sociaux.*

Le *Service antipaludique*, réorganisé par l'Instruction du Gouverneur Général du 13 Avril 1932. est rattaché à la Sous-Direction de la Santé Publique. Un médecin contractuel remplit les fonctions de chef du service et de médecin paludologue pour le département d'Alger. Dans les autres départements les médecins paludologues sont en principe les Inspecteurs départementaux adjoints d'Hygiène. Le Directeur de l'Institut Pasteur est le conseiller technique du service. Les médecins paludologues effectuent des enquêtes dans leur département, ils déterminent les mesures de défense à prendre et ils font des tournées de contrôle. Le médecin chef du service établit tous les ans un rapport de fin de campagne pour l'année suivante.

L'action du service est à la fois épidémiologique et prophylactique, elle se traduit par des distributions gratuites de quinine et par des mesures antilarvaires (travaux d'écoulement des eaux, arrosage périodique des gîtes d'anophèles avec de l'huile larvicide). Des agents quininisateurs effectuent des tournées quotidiennes de distribution de quinine aux enfants de moins de 15 ans dans les centres impaludés ; ils reçoivent uen indemnité mensuelle pendant la durée de la campagne qui s'étend du 1er Mai au 30 Novembre sur le littoral et du 1er Juin au 30 octobre sur les Hauts-Plateaux. Quatre surveillants de mesures antilarvaires (1 dans le département d'Alger, 2 dans le département de Constantine et 1 dans celui d'Oran), percevant un traitement mensuel, font exécuter les travaux prescrits et recrutent dans ce but des équipes d'ouvriers.

Le service antipaludique attribue des primes aux communes qui accomplissent des travaux d'assainissement ; il participe enfin aux commandes de quinine, pour les trois-quarts de la dépense, lorsqu'il s'agit de distributions communales gratuites. Les demandes de quinine doivent être faites sur tryptiques spéciaux, contresignés par le médecin de colonisation et le chef de la commune : un feuillet est adressé au Service antipaludique du Gouvernement Général, un autre à la Pharmacie Centrale et le troisième à l'Inspection départementale d'Hygiène.

Les médecins de colonisation peuvent seconder le médecin paludologue et vérifier l'application des moyens de lutte antilarvaire ; ils donnent des indications sur l'évolution du paludisme dans leur circonscription ; ils remplissent tous les mois des rapports imprimés sous forme de questionnaires, fournis par le service antipaludique, et les adressent au

médecin paludologue départemental.

L'organisation de la *lutte contre le trachome* a fait l'objet d'une Instruction du Gouverneur Général en date du 18 Janvier 1934 et d'arrêtés du 25 Juin et du 16 Août 1934. Des secteurs correspondant aux arrondissements ont été déterminés dans les trois départements. Un ophtalmologiste est chargé de la surveillance technique de tous les organes de prophylaxie et de traitement dans chaque secteur. Ce spécialiste visite les services une fois par trimestre : il est accompagné du médecin de la formation et il lui donne toutes les directives utiles ; il examine les cas sérieux, fait les opérations possibles sur place, enfin il préconise l'évacuation des malades justiciables d'interventions plus importantes. Il établit un rapport accompagné de statistiques succintes pour exposer le fonctionnement et le rendement du secteur, à la fin de chaque trimestre.

Les médecins de colonisation exécutent les soins courants et la petite chirurgie oculaire dans leur circonscription. Les adjoints techniques et les infirmières-visiteuses dépistent les maladies au cours des tournées et des consultations, ils effectuent les traitements prescrits par le médecin. Les instituteurs, les missionnaires, les chefs d'exploitation peuvent être autorisés à administrer des collyres dans les cas légers. Les malades atteints de trachome sont groupés et traités trois fois par semaine dans des consultations spéciales à l'hôpital auxiliaire et dans les dispensaires privés. Les demandes générales d'approvisionnement en médicaments sont transmises pour avis au conseiller sanitaire technique, les fournitures sont faites par la Pharmacie Centrale.

D'autre part des équipes mobiles du trachome ont été prévues pour compléter la section du trachome

rattachée à chacune des équipes sanitaires mobiles départementales. Leur but est de renforcer temporairement les moyens de défense locale ou d'assurer dans certains secteurs des circuits de dépistage et de traitement. Le personnel de ces équipes, non permanent, est désigné au moment des besoins ; il comprend un médecin spécialiste, un adjoint technique et un infirmier ou une infirmière. Le spécialiste dispose d'instruments pour examens et opérations urgentes, de médicaments et d'un matériel léger d'exploitation.

L'organisation de la lutte contre le trachome, comme celles de la lutte contre la tuberculose et la syphilis, est placée sous le contrôle de l'Inspecteur départemental d'Hygiène, assisté d'un médecin spécialiste consultant qui fait fonction d'Inspecteur spécialiste du département. La section de la médecine sociale à la Sous-Direction de la Santé Publique élabore toutes les mesures de protection avec l'assistance d'un Conseiller sanitaire technique et d'une Commission consultative composée de spécialistes. La propagande et l'éducation du public sont faites par l'Office algérien de Médecine préventive et d'Hygiène au moyen de conférences, d'affiches, de tracts et de projections cinématographiques.

La *lutte contre la tuberculose*, réorganisée le 14 Mars 1933 et complétée par l'Instruction du 25 Avril 1933, comprend des organes de dépistage, de traitement et de prophylaxie. Le dépistage et le traitement sont assurés dans les consultations gratuites des salles rurales et des hôpitaux auxiliaires. Les malades sont évacués en cas de nécessité sur les hôpitaux spécialisés ou sur les hôpitaux secondaires dont le dixième du nombre des lits est en principe réservé aux tuberculeux. Les malades justiciables de la

cure en sanatorium devaient être traités dans la métropole jusqu'à ces dernières années, ils pourront bientôt être admis au sanatorium de Rivet, dans les environs d'Alger. Les différentes mesures de prophylaxie appliquées sont la vaccination par le B.C. G., per os ou injectable, des nourrissons ou des enfants du premier âge, suivant les instructions de l'Institut Pasteur, — la surveillance des écoles maternelles, des écoles primaires et des colonies de vacances, — l'isolement dans la limite du possible des enfants qui vivent dans des foyers tuberculeux. Le placement familial n'existe pas en Algérie, mais l'internat de l'Œuvre Grancher réalise le placement collectif, à titre préventif, de 80 enfants âgés de 3 à 10 ans, non tuberculeux mais issus de parents contaminés ou de souche suspecte.

Des mesures administratives s'efforcent en outre de protéger la population algérienne par l'amélioration de l'habitat, de l'hygiène, de l'alimentation et par le développement de l'instruction. Enfin les travailleurs qui partent en France doivent subir un examen médical d'aptitude avant leur départ. Ils sont soumis à des visites bimestrielles de dépistage dans la métropole et à un examen de contrôle au port de débarquement, à leur retour en Algérie.

La *lutte contre la syphilis et les maladies vénériennes* fut une des premières mesures de la conquête, mais elle restait limitée aux grandes villes. Elle a été réorganisée et amplifiée en 1930 : 150 dispensaires ont été créés en principe dans les centres algériens ; les médecins de colonisation ont été chargés d'un service spécial de consultations antivénériennes dans les formations sanitaires de leurs circonscriptions, à la manière de dispensaires. Le fonctionnement de l'organisation antisyphilitique a

été précisé par l'Instruction du Gouverneur Général du 18 Janvier 1934 et par des arrêtés et circulaires publiés ultérieurement. A l'heure actuelle de nouveaux perfectionnements sont en cours d'application : des secteurs antivénériens, correspondant aux centres de population rurale, sont organisés dans les départements algériens. Un médecin chef de secteur, en liaison étroite avec les autres chefs de secteurs, est responsable de la lutte antiluétique vis-à-vis du médecin spécialiste consultant du département.

Dans les circonscriptions médicales, le médecin chef de secteur peut être le médecin de colonisation. La lutte anti-vénérienne comprend un service de dépistage, de traitement dans les dispensaires, et des mesures de surveillance de la prostitution. Le dépistage est assuré par le médecin et ses auxiliaires au cours des tournées et des consultations. Le traitement est effectué dans les dispensaires antivénériens qui fonctionnent trois fois par semaine dans les hôpitaux auxiliaires, les postes de secours et les dispensaires privés. Les malades reçoivent des soins gratuits. Chacun d'eux possède une fiche où sont portés le diagnostic de l'affection, le traitement, et les doses médicamenteuses injectées. Les adjoints techniques et les infirmières-visiteuses s'efforcent d'obtenir le retour au dispensaire de ceux qui ne suivent pas régulièrement leur traitement. Le contrôle médical des prostituées est effectué une fois par semaine par le médecin de colonisation, de préférence dans la formation sanitaire locale. L'examen clinique est parfois complété par des examens bactériologiques et sérologiques. Toute femme contagieuse est isolée et traitée à l'hôpital. Un fichier local, en rapport avec le fichier central départemental, existe dans quelques centres : il comprend les fiches

signalétiques complètes, avec photographies, des prostituées de la circonscription. Cette organisation doit être généralisée et rendue obligatoire : quand une prostituée se déplace, sa fiche est envoyée au fichier central qui la transmet après contrôle au fichier local du nouveau centre de résidence de la femme. Un « Réseau de surveillance des prostituées » est ainsi établi (MM. RAYNAUD et COLONIEU).

Le médecin de colonisation fait parvenir les statistiques trimestrielles résumant le fonctionnement des dispensaires à l'Inspecteur départemental d'Hygiène. Les demandes de médicaments, faites sur imprimés spéciaux, sont adressées en même temps. Les médicaments antispirillaires sont fournis gratuitement par le Ministère de la Santé Publique et de la Famille, ils sont distribués d'après le mouvement des malades indiqué par les statistiques et suivant une liste de produits arsenicaux et bismuthiques communiquée aux médecins. Les demandes de médicaments sont transmises par l'Inspection départementale d'Hygiène à la Sous-Direction de la Santé Publique puis à la Pharmacie Centrale qui fait les expéditions.

Enfin, un Laboratoire Central de Sérologie, rattaché à l'Inspection départementale d'Hygiène, effectue gratuitement les examens nécessaires aux malades en traitement dans les dispensaires et les examens périodiques imposés aux prostituées.

L'*assistance aux familles nombreuses* est réalisée depuis 1924 grâce à des secours mensuels distribués aux chefs de familles et à des subventions annuelles attribuées aux associations de familles nombreuses. Un crédit particulier est ouvert à cet effet au budget de la Santé Publique. Les secours mensuels

aux chefs de familles nombreuses sont répartis par les Préfets sur la proposition d'une commission spéciale. Ces allocations ne peuvent être inférieures à 40 francs par mois et par famille, ni supérieures à 80 francs. Le choix des bénéficiaires et le montant du secours est déterminé par le nombre d'enfants de plus de 4 ans et de moins de 13 ans et par l'état des ressources de la famille. La Fondation algérienne aux familles nombreuses attribue tous les ans des prix aux chefs de familles françaises et indigènes. Les crédits non distribués sont répartis en fin d'année parmi les groupements de familles nombreuses des trois départements.

L'*aide aux vieillards, infirmes et incurables*, instituée dans la métropole par la loi du 14 Juillet 1905 est encore facultative en Algérie bien que son organisation obligatoire soit prévue depuis plusieurs années. La Colonie, le Département et la commune du domicile de secours participent également aux dépenses entraînées par cette assistance. Les crédits inscrits en 1939 au budget de la Colonie étaient de 3.500.000 francs. Les vieillards et les incurables, européens et indigènes, malades ou sans domicile, peuvent être admis dans certains hôpitaux et hospices qui leur réservent un nombre déterminé de lits. L'hospice de Béni-Messous, les hospices Saint-André, à Mascara, et Sidi-Lahssen, à Tlemcen, sont réservés aux indigènes. Un service d'assistance à domicile distribue, en outre, des allocations mensuelles.

L'*assistance aux aliénés*, réorganisée par une Instruction du Gouverneur Général en date du 10 Août 1934, est dispensée dans les trois services hospitaliers d'Alger, d'Oran et de Constantine et dans

l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville. Cet établissement ouvert en Juillet 1933, fonctionne sous le régime de la loi de 1838. Il permet de recevoir tous les ans une moyenne de 650 malades qui étaient auparavant en traitement dans les asiles de la métropole. Les aliénés des circonscriptions médicales sont évacués sur ces services spécialisés.

Un *centre de rééducation*, annexé à l'hôpital indigène Sainte-Elisabeth, peut également accueillir 35 fillettes âgées de 6 à 12 ans qui sont en majorité indigènes. Les garçons anormaux peuvent être admis à l'*Institut Médico-Pédagogique* d'El-Biar. L'établissement est subventionné par le Gouvernement Général et placé sous le contrôle de l'Académie d'Alger. Les pensionnaires sont surtout européens. Les enfants sourds-muets peuvent recevoir un enseignement général à l'*Ecole Coloniale de Sourds-Muets* située à Alger. Les 77 élèves européens et indigènes (46 garçons et 31 filles) sont répartis en six classes. Une instruction professionnelle est donnée aux garçons et un enseignement ménager est organisé pour les filles. Les enfants sont rendus à leurs familles nantis d'un métier qui leur permet de subvenir à leurs besoins.

L'*amélioration de l'habitat indigène* est à l'étude dans les circonscriptions médicales de colonisation. Les premières constructions rurales d'habitations indigènes à bon marché ont été réalisées à Sétif, El-Affroun, Mouzaïaville et Bordj-Ménaïel.

Enfin, de nombreuses *œuvres privées* collaborent à l'assistance sociale : elles recueillent et élèvent les enfants abandonnés ; elles assurant le fonctionnement de dispensaires auxquels sont annexés assez souvent des écoles primaires, des ouvroirs,

des écoles de vannerie ou de tapis ; elles distribuent des médicaments et des secours aux familles nécessiteuses. La Société de Secours aux Blessés Militaires d'Alger organise un *service social* qui s'adresse progressivement aux indigènes des campagnes après avoir donné des résultats particulièrement féconds dans la population indigène de la Casbah d'Alger : quelques infirmières européennes et quelques infirmières-visiteuses indigènes, soigneusement formées dans les cadres de la S.S.B.M., visitent les familles, assistent les femmes en couches et répandent les pratiques d'hygiène, sous le contrôle du médecin local ; elles s'efforcent de replacer les individus malades et leurs familles dans des conditions normales d'existence et d'améliorer les conditions de vie dans le milieu indigène par l'éducation de la femme. L'influence de ce service social est considérable.

Un Office départemental d'Hygiène sociale, rattaché à l'Inspection départementale d'Hygiène, assure la coordination entre les œuvres publiques et les œuvres privées, afin de favoriser le développement harmonieux de toutes les branches de la médecine sociale.

CHAPITRE VIII

APERÇU CRITIQUE

Le service médical de colonisation en Algérie a permis la réalisation d'une œuvre importante d'assistance, malgré des difficultés considérables. Si l'organisation est satisfaisante dans l'ensemble, certains points que nous voudrions analyser, nous paraissent cependant présenter quelques imperfections. Nous nous proposons d'exposer ensuite quelques suggestions au sujet du fonctionnement de ce service.

Dans l'exposé des *mœurs médicales indigènes*, nous avons signalé la concurrence que les empiriques font au médecin de colonisation. Le décret du 12 Juillet 1851 autorisait les indigènes à pratiquer la « médecine, la chirurgie et l'art des accouchements » chez leurs coreligionnaires, mais cette autorisation leur fut retirée par le Décret du 7 Août 1896, qui portait application en Algérie de la loi du 30 Novembre 1892, sur l'exercice de la médecine dans la Métropole. Cependant, la nouvelle législation était appliquée avec les réserves suivantes :

1° « Le droit d'exercer l'art dentaire dans les conditions prescrites par l'article 32 est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il était inscrit au rôle des patentes du 1er Janvier 1896 ;

2° « Il est permis aux femmes musulmanes d'accoucher leurs coreligionnaires, et aux opérateurs

indigènes de pratiquer la circoncision. Toutefois, il ne peut leur être délivré ni patente, ni certificat, et l'autorité administrative reste toujours libre de retirer le bénéfice de cette disposition à tout indigène signalé comme coupable d'abus, manœuvres criminelles ou délictueuses, imprudences préjudiciables à la santé publique ou contraires au bon ordre. »

Enfin, une circulaire gubernatoriale du 1er Septembre 1897 recommandait aux autorités locales d'user de bienveillance vis-à-vis des empiriques qui, « exerçant depuis un certain nombre d'années, n'avaient jamais fait l'objet d'aucune plainte et avaient su s'imposer aux populations intéressées ». Le Gouverneur Général laissait prévoir qu'un texte interviendrait pour réglementer les pratiques médicales des indigènes vis-à-vis de leurs coreligionnaires, mais ce texte ne parut pas. La nouvelle loi du 6 Mai 1922 sur l'exercice de la médecine fut appliquée en Algérie sans apporter de réglementation concernant les indigènes. En 1923, le Gouverneur Général Steeg, saisi de cette importante question, répondait en ces termes au Président de la Fédération des Syndicats Médicaux d'Algérie, dans une lettre datée du 16 Janvier :

« ...Je partage l'avis de la Fédération des Médecins pour ce qui a trait à la surveillance des indigènes qui exercent illégalement la médecine, leurs pratiques pouvant, à l'occasion, être des plus préjudiciables à la santé de nos sujets musulmans. L'attention du Parquet est tenue en éveil sur ce point.

« Il ne vous échappera pas, toutefois, que cette surveillance est parfois malaisée en raison même de l'éloignement et de l'isolement de certains milieux indigènes. .....

« Je puis, cependant, vous donner l'assurance que l'action administrative s'exerce dans le sens de la disparation des pratiques incriminées. Le rôle des autorités locales sera, d'ailleurs, rendu de plus en plus facile au fur et à mesure que les médecins diplômés se rapprocheront davantage des habitants des douars... » (Bulletin Officiel du Syndicat des Médecins du Département d'Alger, n° 7, page 108).

Les guérisseurs ne peuvent donc se livrer à leurs pratiques sans s'exposer à des poursuites judiciaires ; malheureusement, ces poursuites ne sont jamais exercées. Certains empiriques paraissent même ignorer qu'ils sont en contravention : ils n'ont jamais eu d'avertissement, ils pratiquent ouvertement la médecine illégale, et cela même dans le village où réside le médecin de colonisation. Ainsi il nous est arrivé de réduire et d'appareiller une fracture d'avant-bras chez un enfant indigène d'Azazga : quelques jours plus tard le père nous avouait que sur « les instances des femmes » il avait fait remplacer notre plâtre par les attelles en férule du rebouteux. Nos protestations contre cette intervention sont restées vaines. Il est impossible d'entamer des poursuites contre le rebouteux parce qu'on ne peut le prendre en flagrant délit, et parce que le malade n'accepte jamais de témoigner contre lui, même en cas de complications.

Les milieux indigènes seront progressivement soustraits à cette exploitation de l'ignorance et de la superstition quand le nombre des médecins de colonisation sera suffisant pour assurer largement les soins aux populations indigènes. Dès maintenant diverses mesures pourraient être appliquées : les autorités locales pourraient recevoir des circulaires rappelant les dispositions de la loi vis-à-vis de

l'exercice illégal de la médecine. Les caïds et les gardes-champêtres auraient à faire connaître ces dispositions aux populations indigènes. Ils devraient donner des avertissements sévères aux empiriques. Toute activité des tobba au voisinage du centre de résidence du médecin ou sur les marchés serait réprimée. L'activité des matrones-accoucheuses serait contrôlée, selon la méthode de Mme la Doctoresse Legey à Marrakech : les qablât devraient signaler immédiatement les dystocies. L'éducation des matrones tentée à Taher et à Guelma, sous la direction du Docteur Pagès et du Docteur Lakdari pourrait être développée. La vente de drogues et de poisons sur les marchés serait interdite et les herboristeries indigènes seraient contrôlées.

Enfin, il faudrait convaincre les indigènes qu'une évolution de leur mentalité peut se faire sans atteinte à leurs convictions religieuses. La religion islamique est actuellement déformée, détournée de sa voie primitive, par certains marabouts qui ont tout intérêt à exploiter l'ignorance populaire. Ils ont rétabli des pratiques que le Prophète avait énergiquement condamnées. Le véritable enseignement de Mohamet doit reprendre ses droits et doit être mieux connu des foules.

Quand les *circonscriptions médicales* sont trop vastes ou trop peuplées, l'assistance médicale ne peut pas être complètement réalisée. Depuis leur création, le nombre des circonscriptions a été multiplié, ce qui a un peu réduit leur étendue, néanmoins leur superficie reste trop grande dans bien des cas. Le plus grand diamètre d'une circonscription médicale ne devrait pas dépasser 25 kilomètres.

D'autre part, la population des circonscriptions a été croissante : en 1858, elle totalisait approximativement 2.000.000 d'habitants pour 69 circonscriptions médicales ; en 1940, elle a sensiblement doublé et elle totalise 4.100.000 habitants pour 112 circonscriptions. La population de la circonscription comprend encore un trop grand nombre d'éléments pour un seul médecin, il faudrait donc créer de nouvelles divisions. Les centres de population de plus de 2.000 habitants, ainsi que leurs environs immédiats dans un rayon de 5 à 10 kilomètres, devraient être exclus du territoire des circonscriptions, car des médecins communaux pourraient y être installés.

Les circonscriptions médicales empiètent parfois sur plusieurs communes mixtes. Une telle répartition des territoires imposée par des considérations locales, complique la tâche du médecin de colonisation comme celle de l'Administrateur. Par exemple, la circonscription médicale de Boghni, que nous avons déjà citée, s'étend sur la commune de plein exercice de Boghni et sur une partie des communes mixtes de Dra-el-Mizan et Fort-National. Lorsque nous en assurions l'intérim, nous recevions par trois fois les mêmes circulaires du Gouvernement Général ou de la Préfecture, transmises par les soins des Maires et des Administrateurs ; à quelques reprises, certains états nous ont été réclamés en triple exemplaires, non seulement par le Maire de Boghni, mais aussi par les Administrateurs de Dra-el-Mizan et Fort-National. De plus, l'hôpital auxiliaire de Boghni dépendait uniquement de la commune mixte de Dra-el-Mizan. Le Président et le Secrétaire du Conseil d'administration de cet hôpital étaient respectivement l'Administrateur et

le Secrétaire de la commune mixte de Dra-el-Mizan. Dans quelques cas d'urgence, il fallait se déplacer de 14 kilomètres pour soumettre à la signature de l'Administrateur un bon de paiement, un bulletin d'évacuation de malade ou une réquisition de transport. Enfin, seuls les malades de la commune mixte de Dra-el-Mizan pouvaient recevoir des médicaments gratuits aux consultations d'indigents. Les habitants de la commune de plein exercice de Boghni ou de la commune mixte de Fort-National recevaient des bons du médecin aux mêmes consultations. Ils devaient les faire viser par le chef de leur commune avant de les présenter à leur pharmacien. Ils étaient donc défavorisés par rapport aux malades de la commune mixte de Dra-el-Mizan.

Ces inconvénients ne se présentent pas quand les circonscriptions médicales correspondent aux communes mixtes ou lorsque deux circonscriptions médicales se partagent une commune mixte. C'est vers la deuxième solution que doit tendre, dans la mesure du possible, l'organisation des nouvelles circonscriptions ; chacune d'elles possèderait un hôpital auxiliaire ou un poste de secours, l'Administrateur principal résiderait dans une circonscription, un Administrateur-adjoint détaché résiderait dans l'autre.

Le *médecin* aurait intérêt à être placé sous la *direction immédiate d'un Médecin-Directeur de la Santé Publique.* Il est actuellement placé sous l'autorité du Sous-Préfet qui le note, en fait, d'après le rapport de l'Administrateur. Ce dernier n'est pas toujours à même de le juger au point de vue professionnel. Le médecin est chef de service, il collabore avec les autorités locales, mais il doit pouvoir

garder une liberté d'action absolue dans l'exercice de ses fonctions. Il a besoin d'une certaine indépendance pour garantir la situation morale à laquelle il a droit. Une direction médicale technique, centrale, sanctionnerait de façon plus juste et plus impartiale les menus incidents qui peuvent se produire dans les circonscriptions. Un Médecin-Directeur du service de la Santé Publique pourrait apprécier la valeur des praticiens dans de meilleures conditions, et il serait mieux placé qu'un autre haut fonctionnaire pour juger des questions relatives à l'organisation des services médicaux d'assistance.

D'une manière générale, les médecins de colonisation perçoivent des *traitements* trop faibles. Le médecin ne peut se consacrer aux malades indigents, qui représentent les cinq sixièmes de la population indigène, s'il ne reçoit un traitement suffisant pour assurer son existence matérielle. Un médecin de colonisation stagiaire reçoit un traitement de 1.900 francs par mois. Dans les postes où il n'y a pas de pharmacien, il doit organiser un dépôt de médicaments pour lequel il engage un capital d'une dizaine de mille francs au moins. Il doit faire l'achat d'une automobile et d'un matériel professionnel assez onéreux. Il risque d'être poussé par les soucis matériels à sacrifier la clientèle indigente au profit de la clientèle payante. Le cadre des médecins ruraux, créé en 1926, avait amélioré de façon très sensible les traitements des médecins de colonisation. Ces derniers recevaient un traitement de début de 3.300 francs par mois, mais les circonscriptions rurales ont été supprimées en 1934.

L'article 1er du statut des médecins de colonisation prévoit que l'affectation d'un médecin à une

nouvelle circonscription est rigoureusement subordonnée à l'existence d'un *logement* convenable. Quand le médecin n'est pas logé par la commune, il reçoit une indemnité de logement dont la charge est supportée moitié par la commune chef-lieu de la circonscription médicale et moitié par les autres communes de la circonscription. Quoi qu'il en soit, le logement du médecin est souvent très inconfortable. L'habitation réservée au médecin devrait être construite par les communes mixtes, de préférence à la périphérie des agglomérations, dans des endroits élevés et aérés, les locaux professionnels étant séparés des locaux privés, car le médecin reçoit chez lui un grand nombre de malades, dont certains sont contagieux.

Le médecin de colonisation est le seul fonctionnaire qui ne reçoive pas *d'indemnité pour charges de famille*, ni *d'indemnité pour frais de tournées.* Les indemnités pour charges de famille ont été supprimées par décision du 18 Décembre 1930, en exécution de l'article 2 de l'arrêté du 27 Février 1930, parce que le médecin exerce une profession privée. L'attribution de ces indemnités aux médecins de colonisation avait été remise à l'étude en 1936, mais elle n'a pas été rétablie.

Aucun règlement ne s'oppose à l'allocation d'indemnités pour les déplacements effectués dans les tournées périodiques. Le médecin doit parfois, en montagne, louer des mulets au tarif de 25 francs par jour, ce qui ne l'encourage pas à faire de telles tournées. Quelques communes ont alloué de faibles indemnités au médecin, mais elles n'y sont pas tenues et il ne s'agit pas d'une mesure générale. Les communes devraient mettre des moyens de transport à la disposition du médecin pour effectuer ses

tournées : automobile communale ou mulets réquisitionnés gratuitement dans les endroits où les chemins ne sont pas carrossables. Une autre solution serait d'imposer aux communes une participation aux dépenses du médecin : une indemnité forfaitaire lui serait attribuée dans chaque circonscription, à titre de contribution à ses frais de déplacement. Le budget colonial prendrait en charge la moitié de cette indemnité, l'autre moitié serait inscrite au budget communal, dans les mêmes conditions que l'indemnité de loyer actuelle.

Les fonctionnaires d'Algérie bénéficient tous les deux ans, ainsi que leurs familles, de *titres gratuits de réquisition de passage sur les compagnies de navigation* à destination de la France. L'échelle de traitements des médecins de colonisation ne leur donne cependant droit qu'à des passages en 2e classe. Les juges de paix bénéficient d'une dérogation les autorisant à voyager avec passage gratuit en première classe, la même dérogation pourrait être accordée aux médecins de colonisation.

Le Préfet désigne et indemnise les *intérimaires* chargés de remplacer les médecins qui s'absentent pour une période militaire ou un stage de perfectionnement. Par contre, les médecins qui obtiennent des congés de détente ou des permission d'absence doivent pourvoir eux-mêmes à leurs remplacements et ils en supportent les frais. Ils reçoivent pour rétribuer leurs intérimaires, une somme de 750 francs ou de 500 francs par mois, selon que leurs circonscriptions sont déshéritées ou non. En dehors de quelques cas où ils peuvent faire appel à un confrère voisin, ils éprouvent toujours de grandes difficultés à se procurer un remplaçant. Celui-ci demande généralement une indemnité mi-

nima de 100 francs par jour. Le médecin de colonisation ne prend donc pas le plus souvent de permission mensuelle de 48 heures, et il ne bénéficie pratiquement pas des congés payés accordés à tous les fonctionnaires et employés. Ce problème pourrait recevoir deux solutions :

1° Les médecins de colonisation percevraient des indemnités d'intérim correspondant au tarif de remplacement des médecins libres.

2° Les candidats à des postes de médecins de colonisation seraient désignés d'office pour remplacer les médecins titulaires. Ils recevraient un traitement de médecin stagiaire durant leurs fonctions, et ils auraient droit au remboursement de leurs frais de transport aller et retour. Ils accompliraient ainsi un « avant-stage » dans lequel ils pourraient être appréciés au point de vue valeur professionnelle, éducation et probité : ceux qui ne réaliseraient pas les conditions adéquates seraient ainsi évincés. La Préfecture aurait constamment un certain nombre de remplaçants à sa disposition, tandis qu'à l'heure actuelle, beaucoup de jeunes médecins refusent les intérims insuffisamment payés qui leur sont proposés par les services de l'assistance publique (1). Durant son absence, le médecin titulaire n'aurait pas l'inquiétude de trouver à son retour le désordre que peut créer parfois un remplaçant quelconque. Les intérimaires pourraient assurer des suppléances au cours de l'été, et le reste de l'année ils remplaceraient les médecins qui prendraient leur congé mensuel de 48 heures ou qui effectue-

(1) Indemnité journalière de 50 francs dans une circonscription ordinaire et de 70 francs dans une circonscription déshéritée.

raient des périodes militaires ou des stages de perfectionnement. Chaque remplaçant serait affecté à un arrondissement afin d'être mieux connu des médecins de la région et pour réduire les frais de déplacement. Il utiliserait le matériel du médecin de colonisation et partagerait avec lui les honoraires de la clientèle payante, et les bénéfices éventuels de la propharmacie. Ces différents intérims seraient comptés comme ancienneté, lors d'une affectation définitive à un poste.

Les services publics ont toujours encouragé la *connaissance de la langue arabe* chez les fonctionnaires, par une prime annuelle spéciale. Cette connaissance a encore plus d'importance pour le médecin que pour les autres fonctionnaires. Il va en effet plus loin dans le bled et pénètre seul dans les villages les plus éloignés. Son influence est beaucoup plus grande chez les indigènes quand il parle leur langue, et du reste les femmes n'aiment pas recourir à un interprète. Un certain nombre de médecins ne possèdent que des rudiments de langue arabe. Aussi la Faculté de Médecine d'Alger vient-elle de créer récemment des cours spéciaux de langue arabe et kabyle, destinés aux étudiants qui pratiqueront plus tard en Algérie. Cette initiative est appelée à faciliter le rôle du médecin dans le bled et à accroître ses moyens d'action.

Le médecin de colonisation doit bien connaître les mœurs médicales indigènes et la pathologie coloniale : il serait logique d'exiger le *diplôme de Médecine Coloniale* de tout candidat à un poste de colonisation. Les internes des hôpitaux de facultés ont un titre qui garantit leur valeur professionnelle, mais ils peuvent ignorer toute la pathologie coloniale. Leur adaptation aux fonctions de médecin de

colonisation risque d'être plus longue. Il est juste cependant, après avoir exigé d'eux le diplôme de Médecine Coloniale, de tenir compte de leur titre d'interne en leur donnant soit la priorité dans le choix d'admission, soit des points d'avance au concours.

Deux *doctoresses* ont été admises à l'heure actuelle dans les cadres de la médecine de colonisation. Ce nombre ne peut guère s'accroître. La vie du médecin de colonisation est très fatiguante. Une femme-médecin ne peut avoir qu'une activité limitée aux environs immédiats de sa résidence : elle peut difficilement s'aventurer seule dans le bled, car l'indigène malgré son évolution ne la respecte pas comme l'homme. Dans certains postes, le médecin de colonisation est conventionné par l'Armée, une femme ne saurait évidemment remplir ce rôle.

On avait reproché à l'institution des *adjoints techniques* d'établir, à l'usage des indigènes, une médecine de deuxième zone analogue à celle que pratiquaient autrefois les officiers de santé, en réalité ces auxiliaires demeurent sous le contrôle immédiat du médecin. La plupart d'entre eux sont actifs et dévoués, ils rendent de grands services, leur nombre devrait être augmenté avec celui des circonscriptions. Certaines circonscriptions possèdent deux adjoints techniques sans que leurs attributions empiètent l'une sur l'autre.

Ces agents devraient savoir effectuer correctement une anesthésie générale, afin de permettre au médecin certaines interventions obstétricales ou chirurgicales, telles qu'une application de forceps, une réduction de fracture, une amputation de doigt. Les adjoints techniques ne devraient pas faire des in-

jections intra-veineuses, ni des avulsions dentaires, comme on le tolère souvent. Ils pourraient accomplir des stages de perfectionenment annuels, d'ordre pratique, afin de suivre l'évolution des techniques médicales, en particulier en matière d'hygiène et de désinfection.

Ils devraient être logés ou devraient recevoir une indemnité de logement, comme le médecin et l'infirmière-visiteuse. Leurs indemnités annuelles de transport sont insuffisantes, elles pourraient être augmentées. Il arrive encore que l'adjoint technique soit noté uniquement par l'Administrateur ou le Maire, dans certaines communes, cependant le médecin de colonisation doit seul noter son personnel auxiliaire au point de vue professionnel, ainsi que l'ont rappelé différentes circulaires du Gouverneur Général aux chefs de communes.

Le rôle des *infirmières-visiteuses* a prêté aux mêmes critiques que celui des adjoints techniques. Ces infirmières-visiteuses ne sont pas toutes sages-femmes et ne peuvent pas toujours effectuer l'assistance aux femmes en couches, elles ne peuvent pas se déplacer seules dans le bled et il est nécessaire qu'elles soient accompagnées par un garde-champêtre ou par un cavalier de commune mixte dont la présence éloigne certaines femmes indigènes. Leur activité est cependant importante aux alentours du centre où elles résident et elles font rapidement apprécier leurs visites. Leur participation au service quotidien à l'hôpital auxiliaire met en confiance les femmes indigènes et facilite l'action du médecin.

Les infirmières doivent demeurer sous le contrôle direct du médecin et être notées par lui. Elles doivent être entraînées aux enquêtes sociales. Elles

doivent savoir pratiquer une anesthésie générale, elles devraient toutes avoir le diplôme de sage-femme. Il leur serait profitable de faire tous les ans des stages de perfectionnement dans des maternités ou des services de médecine infantile et de chirurgie.

Les infirmières-visiteuses indigènes formées à Souma, Oued-el-Alleug et Sétif ou à la Société de Secours aux Blessés Militaires d'Alger sont encore peu nombreuses. L'enseignement de ces infirmières devrait être centralisé et effectué à l'Ecole d'infirmières-visiteuses de Parnet, dans une section voisine de celle des infirmières européennes.

Le *personnel subalterne* de l'hôpital auxiliaire devrait être placé sous l'autorité directe et la responsabilité du médecin, sinon des incidents peuvent survenir entre le médecin et le chef de la commune, à propos de la direction de ces agents.

Le garçon de salle et la femme de charge ne font en général aucun apprentissage médical avant leur nomination : il serait utile d'exiger d'eux un stage préalable de trois mois dans un hôpital auxiliaire. Durant ce stage, ils recevraient une petite indemnité mensuelle, à la charge du budget de la colonie. Ils pourraient ensuite faire des remplacements pendant lesquels ils percevraient une rétribution mensuelle un peu plus forte. Les titulaires pourraient ainsi bénéficier de congés payés. Ces agents recevront des allocations familiales avec l'application de l'arrêté du Gouverneur Général du 6 Mai 1941, leur logement souvent composé d'une seule pièce devrait être agrandi et mieux aménagé.

Le service médical de colonisation avait été créé

dans le but de réaliser l'*assistance médicale* dans les territoires livrés à la colonisation. Il devait surtout assurer les soins médicaux aux colons. Plus tard et progressivement des mesures furent prises afin d'étendre cette assistance à la population indigène.

L'assistance médicale actuelle porte encore la marque de ces étapes. Si l'assistance aux européens, riche d'une expérience centenaire, est largement satisfaisante, l'assistance aux indigènes reste insuffisante, et c'est dans ce domaine que doivent porter les efforts de réorganisation.

L'assistance médicale aux européens est aisément réalisée : les indigents reçoivent gratuitement les soins et les médicaments qui leur sont nécessaires. Il arrive cependant que le *dépôt de médicaments des consultations gratuites ou de l'hôpital* ne renferme pas certains médicaments indispensables aux malades. Le médecin signe un bon de fourniture qui est transmis au chef de la commune pour approbation. Ce bon est ensuite adressé à la Pharmacie Centrale d'Approvisionnement, mais il s'écoule, malheureusement, un intervalle beaucoup trop long entre la date de commande et la date de réception des produits demandés. En cas d'urgence, les médicaments nécessaires peuvent être demandés au pharmacien local. L'article 61 du statut des médecins de colonisation autorise aussi le médecin propharmacien à fournir ces médicaments. Néanmoins dans quelques cas, des chefs de communes en désaccord avec le pharmacien ou le médecin refusent de s'adresser à eux et commandent les médicaments urgents à la Pharmacie Centrale ; de même ils établissent parfois, sans consulter le médecin, la liste des médicaments destinés aux consultations gratuites. De tels errements sont heureusement exception-

nels, mais comme les indigents en supportent les conséquences, il faudrait rappeler aux chefs de communes :

1° La nécessité de laisser au médecin le choix des médicaments destinés aux indigents, dans la limite des crédits disponibles ;

2° La nécessité de faire exécuter chez le pharmacien ou le propharmacien local les ordonnances prescrivant des médicaments urgents pour des malades hospitalisés ou des malades indigents, lorsque la pharmacie de l'hôpital ou le dépôt de pharmacie pour les indigents ne possèdent pas ces médicaments.

Pour éviter tout abus, la liste des produits d'urgence commandés par le médecin serait contrôlée par l'Inspecteur de l'Assistance médicale indigène.

Une décision du Gouverneur Général en date du 24 Mai 1937 a spécifié que le *service de consultations gratuites* à l'hôpital auxiliaire ou au poste de secours devait faire l'objet d'une rémunération spéciale, inscrite au budget communal, pour le médecin de colonisation. Seules quelques communes ont alloué cette indemnité, il faudrait donc l'imposer comme dépense obligatoire aux budgets communaux.

L'assistance aux indigènes, organisée comme celle des européens, reste insuffisante à cause du nombre élevé de malades. Si on admet le chiffre de 1 malade seulement par 1.000 habitants et par jour dans une circonscription médicale de 50.000 indigènes, peut-on concevoir la possibilité pour un seul médecin d'assurer de façon effective un service de 50 malades par jour, à plus forte raison quand les malades sont dispersés sur une vaste circonscription. La discrimination entre malades assistés gratuite-

ment ou non est difficle à faire. La *liste des non-indigents* n'est pas toujours dressée. Le malade fait la preuve de son indigence par la présentation de sa quittance d'impôts ou d'une attestation du caïd. Dans quelques cas le malade aisé, qui veut éviter des frais médicaux, emprunte la quittance d'un voisin indigent ou tente de se faire délivrer une attestation de complaisance par le caïd, moyennant un présent. Le médecin et les auxiliaires ne peuvent pas toujours pratiquer les vérifications nécessaires; mais, quand la circonscription n'est pas trop étendue, ils arrivent à connaître les malades et leurs ressources : l'assistance est alors assurée avec plus de justice.

Les indigènes qui vivent dans les environs de la résidence du médecin bénéficient de soins aussi complets que les européens, mais leur nombre est très faible par rapport à celui des habitants de la circonscription. Les habitants des villages éloignés sont défavorisés : ils se déplacent difficilement, l'assistance médicale qui leur est dispensée dans le bled est insuffisante. Lors des *tournées périodiques*, assez espacées d'ailleurs, le médecin ne dispose pas de matériel médical ni de médicaments : les malades sont examinés, mais ne sont pas traités sur place, ils sont invités à se rendre à la consultation de l'hôpital auxiliaire. Les tournées remplissent donc surtout un rôle de dépistage. Elles pourraient être cependant rendues plus efficaces : chaque douar devrait posséder au moins une *salle de consultations rurales* comprenant un dépôt de médicaments et accessoirement un matériel médical restreint pour les consultations et la petite chirurgie. Une des conditions de bon fonctionnement de ces consultations rurales seraient l'aménagement et l'entretien de

routes carrossables. Chacune de ces formations aurait la visite régulière et fréquente du médecin, elle connaîtrait immédiatement une grande affluence de malades. A défaut de salles de consultations fixes, le médecin pourrait se transporter dans les douars avec un matériel composé d'une tente légère et démontable et de valises contenant une trousse médico-chirurgicale d'urgence et un assortiment assez abondant de médicaments courants. Ce matériel serait aisément chargé par une automobile ou un mulet et pourrait être installé n'importe où en quelques minutes. Une telle organisation permettrait de soulager beaucoup plus de malades dans le bled.

Un certain nombre de circonscriptions médicales ne possèdent ni *hôpital auxiliaire*, ni *poste de secours*. Quand il n'existe pas non plus d'hôpital communal, d'hôpital militaire ou d'hôpital indigène, les consultations gratuites ont lieu au domicile du médecin ou dans une salle communale ; la population ne peut recevoir sur place que de soins assez réduits ; l'action du médecin de colonisation est très limitée. La formation hospitalière locale est un organe essentiel de l'assistance médicale indigène : il est donc indispensable d'installer au moins un poste de secours dans les circonscriptions médicales dépourvues de formation sanitaire.

De nombreux hôpitaux auxiliaires devraient faire l'objet d'améliorations importantes : les bâtiments sont souvent trop petits ou en mauvais état, il n'y a pas de lavabos pour les malades, les cabinets d'aisance sont fréquemment défectueux, les douches et les postes d'épouillage sont insuffisants. Le matériel médical et la pharmacie doivent être complétés. Si chaque hôpital possédait un appareil de radioscopie, les diagnostics des fractures, les vérifica-

tions des réductions, les recherches des corps étrangers seraient plus faciles et le médecin pourrait faire des examens cardiaques, pulmonaires et digestifs. Un petit laboratoire est également indispensable ; un microscope permettrait les recherches d'hématozoaires, les recherches de parasites dans les selles et certains diagnostics d'affections sanguines.

Quand l'hôpital auxiliaire ne possède pas une installation suffisante, beaucoup de malades sont obligés d'aller se faire traiter à l'hôpital d'arrondissement ou de chef-lieu. Or, le prix de journée des grands hôpitaux est beaucoup plus élevé que celui des formations sanitaires du bled, d'où une dépense plus importante pour les communes. Il arrive même qu'un malade indigent se voie refuser l'admission dans un hôpital auxiliaire parfaitement aménagé, parce que son état n'est pas jugé suffisamment grave ; ce malade refusant les soins de la consultation gratuite pour une raison quelconque, se rend quelquefois à l'hôpital de chef-lieu et réussit à s'y faire admettre : les frais d'une telle hospitalisation représentent une dépense superflue pour la commune obligée de les supporter. Le budget des communes est donc soumis à de lourdes charges, tandis que les hôpitaux auxiliaires gardent des lits vides et que les hôpitaux centraux sont encombrés. Deux mesures nous paraissent s'imposer pour remédier à cet état de choses :

1° Il faudrait améliorer l'installation générale des hôpitaux auxiliaires pour permettre de donner des soins plus complets aux malades. L'aménagement des hôpitaux locaux par les communes permettrait ultérieurement de réaliser des économies sur le budget de l'assistance ;

2° Il faudrait ordonner, par décision administra-

tive de l'Assistance Publique, l'évacuation automatique des malades sur la formation sanitaire de leur domicile de secours, dès que leur état ne nécessiterait plus de soins spéciaux à l'hôpital de chef-lieu. En effet, cette évacuation est difficile à obtenir, malgré les réclamations des communes, parce que les grands hôpitaux doivent conserver le maximum de malades pour amortir leurs frais généraux.

Le *règlement intérieur* des hôpitaux auxiliaires est à reviser et à compléter dans la plupart des cas, pour la bonne marche de l'établissement. Le médecin doit être responsable du fonctionnement de l'hôpital ; il doit conserver la direction de son personnel, le contrôle du matériel et des médicaments. Il devrait assister de droit aux réunions de la commission administrative.

Les malades non indigents ont l'obligation de verser, avant l'entrée à l'hôpital, une somme représentant les frais de quinze jours d'hospitalisation. Cette somme pourrait être réduite sans inconvénients et ne plus représenter par exemple que dix jours de frais de séjour. L'admission des malades serait ainsi facilitée et les remboursements de trop-perçus seraient moins fréquents.

Certains malades payants se font admettre à l'hôpital auxiliaire durant une ou deux journées pour des interventions médicales telles qu'une ponction d'ascite ou une extraction de projectile. Ainsi les frais supportés par ces malades sont très inférieurs à ceux entraînés par la même intervention pratiquée au cabinet du médecin, selon le tarif officiel. Dans quelques hôpitaux auxiliaires, le règlement intérieur autorise le médecin à percevoir des honoraires de la clientèle payante en pareil cas, mais il serait plus logique d'imposer aux malades une durée minima

de séjour à l'hôpital, quand ils ont à subir certaines interventions. Cette mesure a été appliquée dans les grands hôpitaux, pour faire cesser les abus auxquels donnaient lieu des hospitalisations de 24 heures, en vue d'obtenir par exemple une radiographie moyennant le payement d'une journée d'hospitalisation.

Au Maroc, l'assistance médicale indigène semble mieux organisée qu'en Algérie. Tous les services d'assistance médicale sont placés sous la direction du Directeur de la Santé et de l'Hygiène Publiques. Les formations sanitaires indigènes, comme celles des européens, sont réparties en 13 chefferies médicales. A la tête de chacune d'elles est placé un médecin, véritable inspecteur régional d'Hygiène, qui est le représentant direct du Directeur de la Santé et de l'Hygiène Publiques. Chaque chefferie groupe les services d'assistance médicale fixe (formations hospitalières) et les services d'assistance mobile (groupe sanitaire mobile et section de prophylaxie régionale). Les formations hospitalières comprennent des infirmeries indigènes analogues à nos hôpitaux auxiliaires, installées dans les centres en voie de développement, et des salles de visite situées dans les agglomérations de peu d'importance. Un service quotidien de consultations fonctionne dans ces formations sanitaires.

Seize groupes sanitaires mobiles assurent la défense sanitaire rurale. Chacun d'eux est dirigé par un médecin, assisté d'infirmiers indigènes, il comprend des mulets ou une automobile sanitaire permettant à la rigueur le transport d'un malade couché, un matériel médical important et des sérums, des vaccins, de la quinine et des médicaments divers. Le groupe s'installe près des marchés ou sur les lieux de passage : le médecin donne des consul-

tations, il effectue les vaccinations, il dépiste les maladies contagieuses et il dirige les malades, s'il y a lieu, sur les formations hospitalières. En cas d'épidémie grave, l'action du groupe sanitaire mobile est renforcée par celle des sections de prophylaxie régionale. Ce sont des organes de désinfection et de désinsectisation. Leur personnel se compose d'un ou de plusieurs médecins, d'un infirmier spécialiste européen, d'un ou plusieurs infirmiers indigènes et auxiliaires indigènes. Le matériel comporte :

1° Un camion automobile bâché, portant un appareil à douches à huit pommes et les autres accessoires de désinfection ;

2° Une étuve horizontale « Lequeux » faisant corps avec une chaudière à charbon montée sur pneumatiques, remorquée par le camion et munie de vérins pour stabilisation à l'arrêt ;

3° Trois tentes permettant d'abriter les indigènes durant le déshabillage, la douche, le rhabillage.

Il existe en faveur des indigènes une présomption d'indigence : ils sont admis sans formalité dans les formations sanitaires indigènes et leur domicile de secours n'est pas recherché. L'Etat chérifien rembourse les frais de traitement aux établissements d'assistance. Les indigènes peuvent exceptionnellement être admis dans les autres formations sanitaires : soit que leur état nécessite des soins spéciaux, soit qu'ils habitent des postes dépourvus d'infirmeries indigènes, soit enfin que des raisons politiques militent en faveur du traitement de notables marocains dans d'autres formations. Dans le cas d'admission dans les formations européennes, l'Etat se réserve un droit de recours contre les malades en état de supporter la dépense afférente à leur traitement,

mais le recours n'est généralement pas intenté. L'assistance médicale est donc gratuite pour tous les indigènes qui y font appel. Ce système, très large, s'accorde parfaitement avec notre politique de colonisation (Mme WOYTT-GISCLARD).

Dans les Territoires du Sud algérien, les cadres de l'assistance sont analogues à ceux des Territoires du Nord, mais l'assistance médicale est beaucoup plus complète. En effet, la population indigène n'atteint que le dixième de celle des Territoires du Nord et les formations hospitalières sont nombreuses : elles ont gardé le titre d'infirmeries indigènes et elles ont pour la plupart des installations modèles. Les salles de consultations rurales ont été largement multipliées, elles connaissent une grande activité car elles correspondent aux goûts et aux besoins des indigènes. Ceux-ci sont traités par les médecins militaires qui sont chargés de l'assistance.

L'assistance publique en Algérie pourrait être améliorée en suivant l'exemple des réalisations effectuées au Maroc et dans les Territoires du Sud : il faudrait surtout multiplier les formations sanitaires du bled et compléter leur aménagement, il faudrait accroître le nombre des auxiliaires du médecin et enfin augmenter le nombre des circonscriptions médicales et par suite des médecins.

On a proposé d'appliquer l'assistance médicale gratuite aux européens et aux indigènes grâce à la fonctionnarisation totale des médecins de colonisation. Ces derniers recevraient un traitement plus élevé et des frais de tournées. Une telle fonctionnarisation entraînerait cependant de graves inconvénients : elle imposerait des charges importantes au budget de l'Assistance, d'autre part, le médecin

aurait souvent à se plaindre, comme en France, d'être dérangé jour et nuit inconsidérément par les malades, enfin il risquerait de perdre beaucoup de son activité, ses efforts n'étant plus encouragés par l'attrait d'une rémunération normale.

Il serait possible de réaliser l'assistance médicale gratuite en faveur des indigènes seulement, et plutôt que de modifier les circonscriptions médicales actuelles, il y aurait un médecin adjoint dans les postes importants. Les deux médecins résideraient à proximité l'un de l'autre, ils se partageraient le territoire de la circonscription et, alternant leurs tournées, ils assureraient une permanence médicale dans le centre de leur résidence. Ils pourraient pratiquer ensemble certaines interventions chirurgicales, comme des hernies ou des appendicites, à l'hôpital auxiliaire et ils pourraient se remplacer pendant leurs congés et leurs absences.

Il nous paraît cependant préférable de maintenir actuellement l'organisation en vigueur. Elle est beaucoup moins onéreuse pour la Colonie et elle donnera de meilleurs résultats quand les formations sanitaires auront été complétées et quand l'étendue des circonscriptions aura été réduite, comme nous l'avons déjà exposé précédemment dans ce chapitre. Après ces réalisations, d'autres améliorations pourront être progressivement apportées à l'assistance médicale indigène, au fur et à mesure de la pénétration médicale dans les douars et du développement des ressources du pays.

La protection de la santé publique est bien organisée dans les circonscriptions médicales. L'article 48 du statut des médecins de colonisation fait une obligation au médecin de se transporter sans retard dans les localités où le nombre des malades excède

la proportion ordinaire. Mais le médecin peut être retenu par d'autres obligations, on a donc proposé de l'autoriser à déléguer un de ses auxiliaires, conformément aux statuts des adjoints techniques et des infirmières-visiteuses : cette modification de l'article 48 a été mise à l'étude par le Diretceur de la Santé Publique en 1937.

L'*assistance sociale* est plus théorique que pratique : à part le service de vaccinations antivarioliques qui fonctionne bien, toutes les œuvres d'assistance sociale sont à développer. Il est évident que l'assistance aux mères et nourrissons, limitée à 4 visites médicales par an, est insuffisante. Le Professeur LAFFONT a tracé depuis de longues années le programme des réalisations qui s'imposent en matière de *protection maternelle et infantile.* Il serait nécessaire d'organiser des consultations gratuites pour les femmes enceintes dans les hôpitaux auxiliaires et les salles de consultations rurales. Il faudrait augmenter le nombre des infirmières-visiteuses sages-femmes de façon qu'elles répandent des notions d'hygiène avec plus d'efficacité chez les femmes isolées dans le bled et qu'elles pratiquent des examens plus fréquents au cours de la grossesse. Il y aurait lieu de réserver quelques chambres de 2 à 4 lits dans les hôpitaux auxiliaires pour les femmes enceintes qui auraient besoin de repos. Au moment des accouchements, les sages-femmes seraient mises à la disposition des familles. Le médecin serait appelé en cas de nécessité. Une salle de travail bien organisée serait prévue dans chaque hôpital auxiliaire. En cas d'intervention grave, des moyens de locomotion rapide (automobile commerciale) permettraient l'évacuation des femmes sur

l'hôpital d'arrondissement où la Maternité de chef-lieu. A part les chambres de repos prévues à l'hôpital auxiliaire pour les accouchées normales, une chambre isolée de 2 lits serait réservée aux accouchées fébricitantes, suspectes ou infectées.

La surveillance obstétricale serait organisée en divisant l'Algérie en trois secteurs obstétricaux et en centralisant des fiches de Maternité. Les chefs de service des Maternités d'Alger, de Constantine et d'Oran deviendraient respectivement les médecins-chefs de ces trois secteurs. Ils recevraient périodiquement les fiches et les statistiques des accouchements survenus dans les circonscriptions médicales de colonisation et ils établieraient un rapport sur le fonctionnement de leur secteur. Ils signaleraient les régions mal surveillées et insuffisamment pourvues et proposeraient les remèdes à y apporter. Un rapport annuel d'ensemble réunissant les rapports départementaux serait soumis à la Direction Générale de la Santé Publique par les soins du chef de la Maternité d'Alger, avec toutes propositions utiles (Professeur LAFFONT).

La *lutte contre les fléaux sociaux* doit également être rendue plus efficace. Les médecins de colonisation pourraient participer d'une façon plus active à la lutte contre le paludisme qui leur reste souvent étrangère. L'organisation de la lutte contre la tuberculose devrait être réalisée sur le modèle de la lutte contre le trachome et la syphilis. Le dépistage des malades pourrait être amélioré à l'aide de camions transportant une installation radiologique dirigée par un spécialiste. L'équipe radiologique effectuerait des tournées d'examens bisannuels dans les villages, les écoles et les douars. Les malades porteurs de pneumothorax à évolution favorable pourraient

être réinsufflés dans les hôpitaux auxiliaires, si le médecin de colonisation recevait l'éducation nécessaire et si le matériel des formations hospitalières comportait un appareil de Küss et une installation radioscopique. Les hôpitaux centraux encombrés de tuberculeux seraient ainsi décongestionnés en partie. Les dispensaires antituberculeux annexés aux hôpitaux auxiliaires devraient être outillés pour permettre les recherches de B.K. après homogénéïsation. Enfin, la lutte contre la syphilis doit être mise au point : on a désigné les médecins chargés de la lutte antivénérienne (Commission préfectorale du 28 Décembre 1940), mais ces médecins n'ont pas encore organisé leur secteur antivénérien, en accord avec le Maire ou l'Administrateur de leur commune. Il faut que de nouvelles instructions précises émanent de la Préfecture pour imposer une coopération entre le médecin chef de secteur, le Maire et les services de police, dans chaque commune. Le médecin recevra les directives du spécialiste consultant du département et l'unité d'action sera réalisée.

L'assistance aux familles nombreuses et les mesures prises en faveur de l'*amélioration de l'habitat indigène* sont aussi à perfectionner.

Le *service social* tel qu'il a été organisé dans les grands services hospitaliers ou réalisé par la Société de Secours aux Blessés Militaires doit être systématiquement étendu à la population des circonscriptions médicales. A la campagne comme à la ville, l'intervention du médecin ne représente, en effet, que le point culminant d'une période de trouble pour le malade et son entourage. Grâce au service social, les répercussions de la maladie dans la famille sont atténuées et l'action du médecin est pro-

longée et amplifiée. L'assistante sociale permet souvent de compléter le diagnostic médical par les renseignements qu'elle obtient dans son enquête sociale ; elle assure le contact entre le médecin, la famille et l'employeur du malade ; elle prépare le retour et la réadaptation du convalescent à la vie normale, augmentant ainsi l'efficacité de la thérapeutique ; elle donne des conseils d'hygiène et provoque au besoin de nouvelles consultations médicales ; enfin demeurant en liaison avec les œuvres de bienfaisance, elle peut obtenir des secours divers pour les familles nécessiteuses, durant la perturbation suscitée par la maladie.

Les auxiliaires du médecin de colonisation, et surtout l'infirmière-visiteuse, sont appelés à jouer ce rôle nouveau dans la circonscription médicale ; ils multiplieront les bienfaits apportés par l'organisation médicale actuelle.

Le développement de l'assistance sociale a pour résultats d'accroître et d'améliorer le capital humain : les œuvres sociales méritent donc toute la sollicitude des Pouvoirs Publics. Les crédits réservés à cette assistance sont pourtant insuffisants, ils représentent à l'heure actuelle le dixième de ceux qui sont affectés à l'assistance médicale. Une meilleure utilisation des ressources de la médecine préventive permettra cependant de réduire les dépenses consacrées à la médecine curative. Il faut souhaiter que les œuvres sociales reçoivent l'appui financier et moral du Gouvernement, au même titre que l'organisation des Sports et de la Jeunesse.

En résumé, l'assistance publique dans le cadre de la colonisation est à développer davantage, surtout en faveur des indigènes, mais toute améliora-

tion doit se traduire par une augmentation des crédits d'assistance. Le budget de l'assistance comportait les dépenses suivantes pour l'année 1940 :

Traitements des médecins de colonisation. . . . . 5.185.670 fr.

Traitements des adjoints techniques. . . . . 2.704.265 fr.

Traitements des infirmières-visiteuses. . . . . 2.332.300 fr.

soit un total de 10.222.235 francs pour le personnel des circonscriptions médicales.

Dépenses des hôpitaux auxiliaires, des dispensaires indigènes et de l'assistance communale : 6.927.497 francs.

Dépenses des trois hôpitaux indigènes : 1.210.766 francs, soit un budget d'assistance médicale dans les circonscriptions de colonisation de 18.360.498 francs.

Le budget total de l'assistance publique en Algérie est de 71.591.500 francs, dont un dixième environ est consacré à l'assistance sociale, soit approximativement 7.000.000 de francs. Le budget total de l'assistance médicale est donc de 64.591.500 francs, et il se décompose en deux parties : 18 millions 360.498 francs pour les circonscriptions médicales de colonisation qui représentent les 9/10e du territoire et 62% de la population, et 46 millions 231.002 francs pour les villes qui représentent 1/10e du territoire et 38% de la population. L'insuffisance des crédits affectés à l'assistance médicale dans les campagnes et à l'assistance sociale en Algérie est ainsi démontrée.

D'importants résultats pourraient être obtenus avec de nouveaux crédits supplémentaires :

5.000.000 de francs destinés à l'organisation des

abris ou des salles de consultations rurales et l'amélioration des hôpitaux auxiliaires ;

3.000.000 de francs destinés à l'achat de médicaments gratuits ;

3.000.000 de francs destinés à l'augmentation des traitements et du nombre des médecins ;

2.000.000 de francs destinés à l'augmentation du nombre des auxiliaires ;

2.000.000 de francs destinés aux œuvres d'assistance sociale, soit un total de 15.000.000 de francs. Or, il y a 4.100.000 habitants dans les circonscriptions médicales, ce budget supplémentaire représenterait donc une dépense relativement faible de l'ordre de 4 francs par habitant.

CONCLUSIONS

Le service médical de colonisation a été créé en Algérie dans le but de réaliser l'assistance médicale aux colons européens dans les territoires livrés à la colonisation. Par la suite, cette assistance a été progressivement étendue à la population indigène. L'assistance sociale a été organisée récemment dans les circonscriptions médicales.

L'assistance médicale indigène a été répandue malgré des difficultés particulières : non seulement la proportion des indigents est très forte, mais encore les communes du bled algérien ne possèdent pas de dotations importantes et anciennes, comme en France, pour alimenter le budget de l'assistance.

Le système de protection sanitaire, tel qu'il a été établi, a cependant donné des résultats remarquables : les grandes épidémies ont disparu, les maladies endémiques regressent, la population indigène a doublé au cours des quarante dernières années. Ces réalisations sont dues au dévouement et à l'activité inlassable des médecins de colonisation. Ils ont contribué à faire mieux connaître notre pays et à le faire aimer.

Il faut poursuivre l'effort et vouloir perfectionner le service médical de colonisation : si la population européenne rurale reçoit à l'heure actuelle des soins dans des conditions analogues à celles des grandes villes, la population indigène ne possède qu'une assistance insuffisament développée, à cause de l'étendue des circonscriptions médicales, du

nombre élevé des indigènes et de l'absence de routes praticables dans beaucoup de régions.

Les meilleurs résultats en matière d'assistance indigène étant obtenus au moyen des consultations gratuites suivies de distributions de médicaments et au moyen des admissions dans les formations sanitaires, il faudrait donc :

— créer un hôpital auxiliaire ou un poste de secours dans les circonscriptions médicales dépourvues de formations hospitalières ;

— améliorer et augmenter le matériel de ces établissements dans les autres circonscriptions ;

— multiplier les salles de consultations rurales, y organiser des dépôts de médicaments gratuits et y prévoir une certaine instrumentation pour les consultations et la pratique de la petite chirurgie.

Il faudrait, enfin :

— augmenter le nombre des circonscriptions médicales et l'effectif du personnel médical.

Il faudrait accorder plus de considération au médecin de colonisation, améliorer sa condition matérielle, encourager ses initiatives et mettre à sa disposition des moyens d'action plus complets.

L'assistance médicale gratuite à la manière de celle du Maroc serait sans doute la solution idéale du problème de la santé publique en Algérie, mais elle ne nous paraît pas utile, l'organisation en vigueur étant susceptible de donner toute satisfaction, compte tenu des vœux que nous avons précédemment émis.

A la faveur de l'évolution sociale actuelle, il serait nécessaire de développer généreusement les œuvres d'assistance sociale d'application encore limitée, en particulier la protection maternelle et infantile, la lutte contre les fléaux sociaux et l'amélioration de l'habitat indigène.

BIBLIOGRAPHIE

ABOU-BECKR (Abdeslem ben Choaib). — *Les Marabouts Guérisseurs* (Bulletin de la Société de Géographie et d'Archéologie de la Province d'Oran, t. XLIV, fasc. CLXVIII, 3e et 4e trimestres 1924).

ABOU-BECKR (Abdleslem ben Choaib). — *Notes sur les amulettes chez les indigènes algériens* (Revue Africaine, n° 372-373, 3e et 4e trimestres 1937).

ABOU-EL-MOUNA-ABOU-NASRE. — *Livre à l'usage des Pharmaciens.* Imprimerie El Hassinia, Le Caire, 1937.

ABD-ER-REZZAQ-EL-DJEZAIRY. — *Kocheuf Er Roumoûz.* (Traduction du Dr Leclerc). Baillère et Leroux, Paris 1874.

ABOU SALEM ELAYACHI. — *Recueil d'Utilités Médicales.* Alger 1660.

ARMAND-DELILLE. — *L'assistance Sociale et ses moyens d'action.* Félix Alcan, 1922.

ARMAND-DELILLE. — *Le Service Social dans les collectivités contemporaines : buts, moyens d'action, résultats.* Delagrave, 1929.

BERDOLET et LAFAGE. — *L'Assistance publique en Algérie.* Félix Alcan, 1922.

BERTHERAND. — *Médecine et Hygiène des Arabes.* — *Etudes sur l'exercice de la médecine et de la chirurgie chez les Arabes d'Algérie.* Imprimerie Baillère, Paris, 1885.

BERTRAND (J.). — *Les Fondateurs de l'Astronomie moderne.*

BERTRAND (J.). — *Sur les vieilles routes d'Espagne.*

BOULIFA. — *Le Djurdjura à travers l'Histoire (depuis l'antiquité jusqu'à 1930).* Ed. Bringau, Alger, 1925.

BRAULT. — *Les religions devant l'hygiène et les pays coloniaux.*

BROWNE (E.-G.). — *La médecine arabe (Arabian Médicine).* (Edition française annotée par le Dr H. Renaud). Larose, Paris, 1933.

CHAMP (Maxime). — *La Commune Mixte en Algérie.*

CHASSEVANT (A.). — *Organisation de la défense sociale contre la tuberculose.* (Journal de Médecine et Chirurgie de l'Afrique du Nord, N° 3, Mars 1926).

CHASSEVANT (A.). — *La Médecine sociale en Algérie.* (id., N° 6, Juin-Juillet 1926).

COLLIN. — *Abderrezzaq El-Jezaïri. Un médecin arabe du XII^e siècle de l'Hégire.* Thèse Montpellier, 1905.

COLOMBANI. — *Conférence faite aux Journées Médicales Coloniales de Paris.* (Juillet 1931).

COLONIEU. — *La lutte antisyphilitique en Algérie.* (Alger 1938).

CONGRES MEDICAL DE 1845. — *Déclaration du Ministre de l'Instruction Publique.*

CRUSSARD. — *Etude sur la Pharmacopée arabe ancienne.* (Paris Médical, Novembre 1913).

DÉLÉGATIONS FINANCIÈRES ALGÉRIENNES. — *Rapport de la Commission Interdélégataire de la Santé Publique.* (Présenté par M. Paul Bellat à la session ordinaire de Mai-Juin 1939).

DELPHIN. — *Fez. — Son université et l'enseignement supérieur musulman.* Lerroux, 1888.

DEMASSIEUX (Eliane). — *Le Service Social en Psychiatrie.* Thèse, Alger, 1941.

DESRUELLE et BERSOT. — *L'assistance aux aliénés en Algérie depuis le XIX^e siècle.* (In Annales médico-psychologiques, Décembre 1938).

DOUTTÉ (Edmond). — *Magie et religion dans l'Afrique du Nord.* Jourdan, Alger 1909, p. 36.

DOUTTÉ (Edmond). — *Marabouts.*

DOUTTÉ (Edmond). — *Missions au Maroc. — En tribu.*

DUCLOS (M.). — *L'effort de demain.* (Bulletin Sanitaire de l'Algérie, Mars 1940).

EL ACHAB. — *Abd-Er-Razzâq.* Mourad Turki frères, Imprimeurs, Alger, 1903.

EL ANTAKI (Daoud ben Omar). — *Mémoire pour les Gens de raison contenant des choses extraordinaires.* Imprimerie d'Elazhar, 3 vol., Le Caire.

EL-BOKHARI. — *Les Traditions Islamiques.* (Traduction de Houdas et Marçais). Imprimerie Nationale, 4 vol., 1913, t. I, p. 33.

ESTOUBLON et LEFÉBURE. — *Code de l'Algérie.*

FOLEY. — *Mœurs et Médecine des Touaregs de l'Ahaggar.* Imprimerie « La Typo-Litho », Alger, 1930.

FOUCAULT (de). — *Reconnaissances au Maroc.*

GAUDEFROY-DEMOMBYNES. — *Les Institutions Musulmanes.* Flammarion, Paris.

GAUDEFROY-DEMOMBYNES. — *Le Pèlerinage à la Mekke. — Etude d'Histoire religieuse.* Librairie Orientaliste Geuthner, Paris, 1923.

GAUDEFROY-DEMOMBYNES et PLATANOV. — *Le monde musulman et byzantin jusqu'aux croisades.* De Boccard, Paris, 1931.

GAUDRY (Mathéa). — *La femme chaouïa de l'Aurès.* P. Geuthner, Paris, 1929.

GERVAIS. — *Un plan d'action et de réorganisation sanitaire.* (Bulletin Sanitaire de l'Algérie, Juillet 1939).

GERVAIS. — *L'œuvre sociale de la France en Algérie hier et aujourd'hui.* (Bulletin Sanitaire de l'Algérie, Mars 1940).

GOEAU-BRISSONNIÈRE. — *La syphilis nerveuse chez l'indigène musulman algérien.* Thèse, Alger, 1926.

GOURRY. — *L'habitat en Haute-Kabylie.* (Bulletin Sanitaire de l'Algérie. Septembre 1940).

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — *Bulletin Officiel du Gouvernement Général de l'Algérie.*

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — *Organisation de la Santé Publique en Algérie. — Services Médicaux et Sociaux.* (1934).

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — *Répertoire statistique des communes d'Algérie.*

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — *Compte-rendu du Premier Congrès de la Médecine de Colonisation.* (Alger, Mars 1939, p. 197).

GROS. — *L'assistance médicale en Algérie.* (Archives de Médecine Navale XXXVI, 1901).

HARDY (G.). — *Histoire d'Afrique.*

HARIZ (G.). — *La part de la Médecine Arabe dans l'évolution de la Médecine Française.* Thèse, Paris, 1922.

HILTON-SIMPSON. — *Arab Medicine and Surgery.* London, 1922.

IBN-EL-BEITHAR. — *Traité des Simples.* (Traduction de L. Leclerc). Imprimerie Nationale, 3 vol., 1877-1881-1883.

KHACER (H.). — *La femme indigène à la Maternité d'Alger.* Thèse, Alger, 1936.

LACROIX et COLONIEU. — *La lutte antisyphilitique en Algérie.* (Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord. Tunis, Mars 1934).

LAFFONT. — *La Maternité d'Alger : son rôle universitaire et social.* (Leçon inaugurale. Février 1927).

LAFFONT. — *Le développement de la Maternité d'Alger et le problème de l'assistance aux femmes en couches en Algérie.* (Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique. Juin 1930).

LAFFONT. — *L'assistance aux femmes en couches en Algérie.* (Association française pour l'avancement des sciences. Congrès d'Alger, 1930).

LAFFONT. — *La mortinatalité et la mortalité infantile au point de vue pathologique.* (Conférence internationale pour l'enfance française, Genève, 1931).

LAFFONT. — *Rapport de mission.* (Novembre 1933).

LAFFONT. — *La syphilis à la Maternité d'Alger. — La prophylaxie antisyphilitique dans les oasis saharienriennes.* (Congrès de Médecine de Tunis, Mars 1934).

LAFFONT. — *Les couples stériles à la Maternité d'Alger.* (1935).

LAFFONT. — *Coutumes obstétricales et gynécologiques en Afrique du Nord.* (Conférence faite à la Faculté de Médecine de Paris, Clinique Tarnier, Mars 1935).

LAFFONT. — *Le problème de l'assistance aux femmes en couches en Algérie.* (Bulletin Sanitaire de l'Algérie. Février 1940).

LAFFONT. — *La Semaine Nationale de l'Enfance et la Guerre. — Le peuplement de la France d'Outre-Mer.* (Bulletin Sanitaire de l'Algérie. Mai 1940).

LAFFONT. *et* FULCONIS. — *Protection obstétricale en Afrique française.* (Gynécologie et Obstétrique. t. 31, n° 4, Avril 1935).

LAFFONT et FULCONIS. — *L'assistance obstétricale en Afrique française.* (Algérie Médicale. Décembre 1935).

LAFFONT et ROUVIER. *Les mauresques à la Maternité d'Alger.* (Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1912).

LARTIGUE. — *L'action sociale du médecin de colonisation.* (Communication au Premier Congrès de la Médecine de Colonisation. Alger, Mars 1939, p. 197).

LARTIGUE. — *Assistance médicale indigène et Hôpitaux auxiliaires.* (Bulletin Sanitaire de l'Algérie. Mars 1940).

LASNET. — *Assistance médicale de la population indigène en Algérie.* (Revue d'Hygiène. 1934, p. 521).

LASRY. — *Histoire de la Pharmacie indigène de l'Algérie et son Folklore.* Thèse Pharmacie, Toulouse, 1937.

LATAILLADE. — *Coutumes et superstitions obstétricales en Afrique du Nord.* Thèse, Alger, 1936.

LEBLANC (E.). — *Choses et gens du Hoggar.*

LEBON (Gustave). — *La civilisation des Arabes.* Paris, 1884.

LECLERC. — *Une mission médicale en Kabylie.* Baillère, Paris, 1864.

LECLERC. — *Histoire de la Médecine Arabe, particulièrement de la Médecine des Arabes en Algérie.* E. Leroux, 2 vol., Paris, 1876.

LEGEY (Doctoresse). — *Essai sur le Folklore marocain.* Geuthner, Paris, 1926.

LEMAIRE (G.). — *Le traitement des tuberculeux en Algérie.* (Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord, N° 5, Mai 1926).

LEMAIRE (G.). — *Hygiène sociale.* (Algérie Médicale, Mars 1927).

LENS (Mme de). — *Pratiques des Harems marocains.* Geuthner, Paris, 1925.

LYAUTEY. — *La Médecine au service de la colonisation.* (Allocution prononcée à la séance inaugurale des Journées médicales de Bruxelles, le 26 Juin 1926).

MAHOMET. — *Le Koran.* (Traduction de M. Kasimirski).

MAUCHAMP (E.). — *La sorcellerie au Maroc.* Dorbon, 1911.

MICHELET. — *Histoire de la Philosophie. — Introduction à l'Histoire Universelle.* Calmann-Lévy, Paris.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Tableau de la Situation des Etablissements Français dans l'Algérie.* Imprimerie Nationale.
Années 1843-1844, p. 230.

Années 1845-1846. Service médical de colonisation, p. 165.
Années 1852-1854, p. 174.

MONTET (E.). — *Le culte des saints musulmans dans l'Afrique du Nord et plus spécialement au Maroc.* Genève, 1909.

MOULIERAS. — *Le Maroc inconnu.* André, 1895.

N. — *Don Précieux aux Amis traitant des qualités des végétaux et des simples.* (Traduction de Alph. Meyer. Manuscrit n° 1031 de la Bibliothèque Nationale d'Alger). Imprimerie P. Fontana et Cie, Alger, 1881.

NEVEU. — *L'état sanitaire de l'Afrique du Nord, dans l'antiquité et de nos jours.*

PERRIN. — *Essai sur la Médecine des Arabes et l'assistance médicale des Indigènes de l'Algérie.* Thèse, Toulouse, 1895.

PESTEMALDJOGLOU. — *Contribution à l'Histoire de la Colonisation en Algérie.* (Revue Africaine, n° 374-375, 1938, p. 9).

PICARD. — Voir Raynaud-Soulié-Picard.

RAYNAUD (L.). — *Etude sur l'Hygiène et la Médecine au Maroc.* Imprimerie S. Léon, Alger, 1902.

RAYNAUD (L.)-SOULIÉ-PICARD. — *Hygiène et Pathologie Nord-Africaines — Assistance Médicale.* (Collection du Centenaire de l'Algérie). Masson, 2 vol., 1932.

RAYNAUD (M.)-COLONIEU-HADIDA. — *Organisation de la lutte antivénérienne en Algérie.* Alger, 1940.

RENAUD. — *Etat de nos connaissances sur la médecine ancienne au Maroc.*

RICHARDOT (A.). — *Les pratiques médicales des indigènes de l'Algérie.* Thèse, Toulouse, 1896.

ROUSSET. — *Le Service social en milieu indigène d'Algérie. — L'œuvre de la Société de Secours aux Blessés Militaires d'Alger.* Thèse, Alger.

ROZET. — *Voyage dans la Régence d'Alger.* Bertrand, t. II, Paris, 1883.

SI KHALIL EBA ISHAK. — *Commentaires des Hadiths de Mahomet.*

SOULIÉ (H.). — Voir Raynaud-Soulié-Picard.

Soulié (H.). — *L'assistance médicale aux indigènes musulmans en Algérie.* p. 2.

Soulié (H.). — *L'assistance hospitalière en Algérie. — Projet de réorganisation.* Montégut, Alger.

Syndicat Professionnel des Médecins de Colonisagion. — *Bulletin du Syndicat Professionnel des Médecins de Colonisation d'Algérie.*

Thierry (H.). — *Etude sur les pratiques et superstitions médicales des Marocains et sur l'influence de la Médecine Française au Maroc.* Thèse, Paris, 1917.

Tremsal. — *Un siècle de Médecine Coloniale Française en Algérie.* Thèse, Alger, 1928.

Wollers. — *Le rôle de l'instituteur en Kabylie au point de vue de la Médecine de Colonisation.* Thèse, Toulouse, 1892.

Woytt-Gisclard (Mme A.). — *L'Assistance aux indigènes musulmans au Maroc.* Recueil Sirey, Paris, 1936.

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. — *Historique* 3

Avant 1830 — De 1830 à 1845 — De 1845 à 1853 Premier service médical de colonisation). — — De 1853 à nos jours.

CHAPITRE II. — *Les mœurs médicales des indigènes en Algérie* 16

Historique de la médecine arabe. — Mœurs médicales actuelles, dans les classes évoluées et dans les classes rurales : conceptions médicales, pratiques médicales, mentalité de l'indigène.

CHAPITRE III. — *Les circonscriptions médicales* 42

CHAPITRE IV. — *Le personnel médical de la circonscription*.. 46

Médecin — Adjoint technique — Infirmière-visiteuse — Garçon de salle et femme de charge de la formation sanitaire.

CHAPITRE V. — *L'assistance médicale dans la circonscription* 58

Tournées — Consultations gratuites — Formations sanitaires : hôpital auxiliaire ou poste de secours, salles de consultations rurales — Dispensaires privés — Poste de désinfection — Equipe sanitaire mobile.

CHAPITRE VI. — *L'assistance sociale dans la circonscription* 86

Enfants assistés — Vaccinations antivarioliques — Protection maternelle et infantile — Lutte contre les fléaux sociaux (paludisme, trachome, tuberculose, syphilis) — Assistance aux familles

Pages

nombreuses — Aide aux vieillards, infirmes et incurables — Assistance psychiatrique — Œuvres privées d'assistance sociale.

CHAPITRE VII. — *Aperçu critique* 102

A propos des mœurs médicales des indigènes, des circonscriptions médicales, du personnel médical, de l'assistance médicale et de l'assistance sociale.

CONCLUSIONS 132

BIBLIOGRAPHIE 135

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 15 Juillet 1941.

Le Recteur,

G. HARDY.

VU :

Le Président de thèse,

A. LAFFONT.

VU :

Le Doyen,

J. LEBON.